



Maria Esmeralda Barros

**Relatório de Trabalho
de Projeto**

**Monitorização e Gestão
da Dor na UCPA**

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em enfermagem médico-cirúrgica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Alice Ruivo.

Janeiro, 2015



Departamento de Enfermagem
2.º Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II
Estágio III

Maria Esmeralda Barros

Relatório de Trabalho de Projeto

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em enfermagem médico-cirúrgica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Alice Ruivo.

Orientadores:

Professora Doutora Alice Ruivo
Enfermeiro Responsável Luís Franco

Setúbal, Janeiro de 2015

[DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Setúbal, de de

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

A orientadora,

Setúbal, de de

*“...construir um projecto,
é já procurar fazê-lo acontecer...”*

*“...é um futuro a «fazer»,
um amanhã a concretizar,
um possível a transformar em real,
uma ideia a transformar em acto...”*

BARBIER.

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste relatório não teria sido possível sem a colaboração e compreensão de várias pessoas importantes, pelo que gostaria de agradecer a todas elas.

À minha família e amigos um agradecimento muito especial pela compreensão demonstrada, durante todo este trajeto e cujo apoio incondicional foi preponderante para atingir os meus objetivos.

À Professora Alice Ruivo, que participou na minha tutoria, pela disponibilidade e dedicação, pelo seu apoio, incentivo e orientação, demonstrados ao longo do meu percurso académico.

Ao Enfermeiro Responsável do Serviço Luís Franco, que colaborou na minha orientação em estágio, pela sua orientação e apoio dados no decurso do estágio em contexto de trabalho.

Aos Enfermeiros do Bloco Operatório, pela disponibilidade que sempre manifestaram.

A todos aqueles que não foram aqui referidos, mas que sem os quais não teria sido possível ter percorrido o caminho que contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional,

o meu muito **OBRIGADA**

RESUMO

No âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, o presente relatório pretende transmitir todo o processo desenvolvido para a aquisição das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Inserido em contexto da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II, o Estágio III, compreende a implementação do projeto de intervenção em serviço de acordo com a metodologia de projeto com o título “ Monitorização e Gestão da Dor na unidade de cuidados pós-anestésicos”. A sua finalidade é a implementação de instrumentos de avaliação da Dor e a uniformização de procedimentos, numa unidade de cuidados pós-anestésicos de um Hospital do sul do país, de modo que, a presença de Dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. A dor pós-cirúrgica na unidade de cuidados pós-anestésicos é uma realidade problemática, a sua monitorização e gestão é fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Para a consecução deste projeto foram delineados quatro objetivos específicos, bem como todas as atividades necessárias à sua operacionalização. O primeiro foi adequar a norma de intervenção de enfermagem de avaliação da dor na UCPA, o segundo a elaboração de um padrão de documentação de registo sistemático da dor, o terceiro a formação da equipa relativamente à avaliação, gestão e registo da dor e o quarto a elaboração de um caderno temático sobre a problemática em questão.

O desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica foi também marcada pela realização do projeto de aprendizagens clínicas, seguindo igualmente a metodologia de projeto.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Competências comuns e específicas, Metodologia de projeto, Dor.

ABSTRACT

Within the extent of the 2nd Master`s Degree in Medical-Surgical Nursing , of the Polytechnic Institute -School of Health - in Setubal, this present report pretends to convey the whole process developed for the acquisition of Common and Specific Competencies of the Nursing Specialist in the Critical Patient Situation. Set in the context of the II Medical-Surgical Nursing course, the III internship consists in the implementation of the intervention project in service in accordance with project methodology entitled "Monitoring and Management of Pain in the post-anesthesia care unit." Its purpose is to implement pain assessment tools and standardization of procedures, in a post-anesthesia care unit of a hospital in the south of the country, so that the presence of pain and its intensity are systematically valued, diagnosed, assessed and registered. Post-surgical pain in the post-anesthesia care unit is a problematic reality, its monitoring and management is the key to improving the quality of care given. To achieve this project were outlined four specific objectives as well as all necessary to its operation activities. The first was to adjust the standard of nursing intervention for pain assessment in a post-anesthesia care unit, the second developing a standard for documentation of systematic recording of pain, the third training staff regarding the assessment, management and registration of pain and the fourth the development of a thematic dossier on the issue in question. The development of Specific Competencies of the Specialist Nurse in Critical Situation Patient care was also marked by the execution of the clinical learning project, equally following the project methodology.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, common and specific skills, methodology design, Pain .

ABREVIATURAS / SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN- Association of Operating Room Nurses

APED- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR

BPS- Behavioral Pain Scale

CCIH – Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar

DGS – Direção Geral de Saúde

D.R. – Diário da República

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEPSC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

ESS – Escola Superior de Saúde

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

SWOT – Strengths/Weaknesses/Opportunities/Threats

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

PAC - Projeto de Aprendizagens de competências

PEI – Plano de Emergência Interno

PIS – Projeto de Intervenção no Serviço

PNAD - Plano Nacional de Avaliação da Dor

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SPCI- Sociedade Portuguesa dos Cuidados Intensivos

WHO – World Health Organization

UCI-Unidade de Cuidados Intensivos

VE - vigilância epidemiológica

Índice

INTRODUÇÃO	10
CAPITULO 1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1 - TEORIA DE ENFERMAGEM	19
1.2 - DOR PÓS-CIRÚRGICA	21
1.3 – CONTROLO DE INFECÇÃO	26
1.4 – A CATÁSTROFE.....	27
CAPITULO 2 - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	30
2.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	31
2.2 - PLANEAMENTO DO PROJETO.....	37
2.3 - EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO	39
CAPITULO 3 – PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA	43
3.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	43
3.2 - PLANEAMENTO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO	45
CAPITULO 4 - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA....	50
4.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	50
4.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ...	57
CAPITULO 5 - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	63
CAPITULO 6 - REFLEXÃO FINAL	69
REFERÊNCIAS	72
BIBLIOGRÁFICAS	72
ELECTRÓNICAS	75
APÊNDICES.....	79
APÊNDICE I Diagnóstico da Situação	80
APÊNDICE II-Análise Swot	92
APÊNDICE III – Questionário.....	94
APÊNDICE IV - Pedido de aplicação de Questionário	99
APÊNDICE V - Resultados Estatísticos do Questionário	101

APÊNDICE VI - Planeamento	109
APÊNDICE VII - Norma.....	119
APÊNDICE VIII – Documento de registo sistemático da Dor	136
APÊNDICE IX – Formação Monitorização e Gestão da Dor na UCPA	138
APÊNDICE X – Plano da Sessão.....	150
APÊNDICE XI – Avaliação da Sessão	152
APÊNDICE XII - Caderno temático	155
APÊNDICE XIII – Cronograma PAC	160
APÊNDICE XIV – Formação Pós-Operatório do Doente Crítico	162
APÊNDICE XV – Plano da sessão.....	169
APÊNDICE XVI – Avaliação da sessão	171
APÊNDICE XVII - Brochura.....	174
APÊNDICE XVIII - Poster.....	177
APÊNDICE XIX – Artigo científico.....	179

INTRODUÇÃO

A formação em enfermagem exige uma atitude reflexiva da práxis indutora de uma progressão dos níveis de competência; relacional, ética, técnica e científica para a prestação de cuidados de qualidade (Queiroz, 2004).

A reflexão crítica constitui um instrumento a ser utilizado de forma sistemática. Esta atitude de reflexão sobre a prática dos cuidados de enfermagem representa uma forma de mudança, implica reformular métodos e técnicas para beneficiar a pessoa, o sujeito da nossa atenção. O nosso desempenho profissional deve conter rigor teórico e prático, devemos saber interligar o saber teórico com o saber prático (Queiroz, 2004).

Cuidar implica formação nas componentes técnica e científica e nas relacionais. Uma prestação de cuidados com qualidade exige do cuidador um reforçar, um potenciar, dar criatividade aos seus recursos e capacidades pessoais mas também uma procura de resultados para as suas ações (HESBEEN, 2001). Deste modo, é fundamental para a prática dos cuidados um conhecimento teórico atualizado, pressupondo uma formação contínua aliada a um raciocínio crítico, adaptando assim, a teoria à prática, na procura de respostas baseadas em fundamentos científicos aos problemas dos contextos práticos.

O meu exercício de enfermagem tem sido desenvolvido desde sempre na área médico-cirúrgica, procurando adquirir conhecimentos, capacidades e competências, através da formação contínua e formação pós graduada em bloco operatório.

Este trabalho insere-se no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), com a finalidade de proporcionar um espaço de aprendizagem ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação conduzindo desta

forma ao desenvolvimento de competências especializadas comuns e específicas aos enfermeiros especialistas em enfermagem em Pessoa em situação crítica.

O Curso considerou a realização de um conjunto de estágios ligados entre si, inseridos no contexto da Unidade Curricular (UC) de Enfermagem Médico-Cirúrgica, onde decorreram três estágios, o estágio I e II integrado no 2º Semestre do curso e o estágio III integrado no 3º Semestre do curso, permitindo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho. O exercício clínico realizado teve como foco duas dimensões distintas, o desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço (PIS) e o desenvolvimento de um projeto de Aprendizagem Competências/Clínicas (PAC).

Todos os estágios decorreram numa Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos do Bloco Operatório de um Hospital do Sul do País, sob a supervisão e orientação de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) e da Professora Doutora Alice Ruivo. O estágio I e II decorreram durante dezasseis semanas entre 11 de Novembro e 21 de Março de 2013, representando um total de 16 ECTS, correspondentes a 14 horas na ESS, 167 horas contato em estágio e 251 horas de trabalho de formando. O estágio III decorreu no período entre 14 Abril de 2013 e 3 de Outubro de 2013, representando um total de 16 ECTS, correspondentes a 14 horas na ESS, 209 horas de contato em estágio e 209 horas de trabalho de formando.

Nos estágios I e II elaboramos o diagnóstico da situação e planificamos as atividades, meios e estratégias para a concretização do PIS, no âmbito de uma problemática clínica de EMC (problema/oportunidade) em estágio, com o título **“Monitorização e Gestão da Dor na Unidade de Cuidados Pós-anestésicos”**. Para a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista delineamos as atividades para o PAC. No estágio III foi dada continuidade ao iniciado nos estágios anteriores, executando e avaliando as atividades planeadas no PIS e no PAC.

Ambos os projetos foram estruturados de acordo com a metodologia de projeto, demonstrando a capacidade de identificar problemas e desenvolver soluções, em contexto de estágio, refletindo de forma crítica sobre a aquisição e o aprofundamento de competências específicas do EEEPSC.

O presente relatório tem como principal objetivo refletir sobre o exercício profissional desenvolvido ao longo do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, (IPS), fornecendo uma descrição organizada das atividades realizadas e sistematizando todo o processo desenvolvido para a aquisição das competências comuns e específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC).

Estruturalmente este relatório encontra-se dividido em cinco capítulos, no primeiro é apresentado o Enquadramento Concetual em Enfermagem Médico-cirúrgica, onde serão abordados os conceitos que serviram de suporte ao trabalho desenvolvido, nomeadamente a abordagem à teoria de Katherine Kolcaba que sustentou a prática clínica do projeto de Intervenção em serviço. No segundo é apresentado o Projeto de intervenção em Serviço (PIS), onde realizo uma análise crítica das atividades desenvolvidas em cada etapa da metodologia de projeto. O terceiro capítulo é apresentado o Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), onde são descritas todas as intervenções realizadas de acordo com o diagnóstico da situação encontrada. No quarto é efetuada a análise das competências do EEEPSC onde serão expostas as minhas reflexões acerca das aprendizagens e como estas contribuíram para o desenvolvimento e consolidação de competências à Pessoa em Situação Crítica.

No quinto é feita uma análise das competências de Mestre em Enfermagem, sendo demonstrado o trabalho efetuado ao longo deste percurso para a sua aquisição.

No sexto e último capítulo é realizada uma reflexão final sobre o trabalho realizado ao longo deste percurso.

CAPITULO 1- ENQUADRAMENTO CONCETUAL

A enfermagem é uma ciência do cuidar em que o enfermeiro estabelece uma relação com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, ajudando-a a ser pró-ativa na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2002).

A função de enfermagem na ciência e na sociedade é cuidar na totalidade da personalidade humana, contribuindo para a preservação da humanidade através do processo de cuidar como atos humanitários epistémicos significativos. O cuidar numa abordagem individual, direcionada para a pessoa que integra todas as partes num todo unificado e significativo (Watson, 2002).

Os cuidados de enfermagem focalizam-se na promoção dos projetos de vida das pessoas, procurando ao longo de todo o ciclo vital, formas de agir de modo a prevenir a doença, promovendo os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das suas atividades de vida (OE, 2002).

Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que o cliente se encontra a viver e que tem como perspetiva a promoção da saúde expressando-se pela atenção em particular para com os clientes (HESBEEN, 2001).

A filosofia da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem envolve uma mudança de conceitos, de atitudes e metodologias de trabalho. Ao prestarmos cuidados agimos para o bem do outro mas, por vezes a ação é privilegiada em detrimento da reflexão. Para garantir a melhoria dos cuidados prestados é necessário exigir a reflexão sobre a prática, desenvolvendo assim, uma nova metodologia de trabalho, de forma a produzir uma mudança e consequentemente uma melhoria na qualidade desses mesmos cuidados (OE, 2002).

Para o Sistema Nacional de Saúde a qualidade em saúde deve ser uma ação prioritária, e o seu enquadramento deverá ser efetuado aos vários níveis do Sistema de Saúde, onde as estruturas e os processos têm como principal objetivo a garantia dos cuidados de saúde com qualidade aos clientes e neles centralizados, de acordo com o estado de arte, que sejam acessíveis, seguros, efetivos, eficientes, adequados, oportunos, integrados, contínuos e equitativos, com uma preocupação de combate ao desperdício e sustentabilidade dos sistemas (PLANO NACIONAL DE SAÚDE, 2011-2016).

A Ordem dos Enfermeiros definiu padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, a elaboração dos enunciados descritivos de qualidade, constituem um instrumento fundamental na precisão do papel dos enfermeiros junto dos seus clientes, bem como pela vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional, traduzindo-se no reflexo da melhoria dos cuidados de enfermagem (OE, 2002).

Na procura de cuidados de qualidade e excelência do exercício, o enfermeiro deve procurar munir-se de saberes e competências, reconhecendo eventuais falhas para uma mudança de comportamentos.

A excelência do exercício, surge como um nível de qualidade gradualmente atingido, conseguido através da reflexão sobre o trabalho realizado, conforme prescreve na alínea a) do Artigo 88 do Código Deontológico *“O enfermeiro procura em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: analisar o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; manter a atualização continua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”* (OE, 2003:133)

A formação do enfermeiro é um imperativo na consolidação das suas competências para responder às necessidades da população que assiste, em diferentes contextos mas também porque proporciona a crítica e a renovação,

elementos fundamentais na aquisição de competências, constituindo um dos pilares para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

A formação continua deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de certas técnicas, mas a sua função essencial reside na capacidade de, com base na sua experiência, ser capaz de enriquecê-la, conceptualiza-la, encontrando espaço para uma prática refletida e portadora de sentido. (HESBEEN, 2001).

Para ABREU (2002) a formação em exercício é toda a formação que ocorre articulada com a ação e que permite o desenvolvimento individual e de grupo, bem como o desenvolvimento global de competências, implicando a quebra de barreiras entre ação e formação, entre concetores e destinatários da formação.

A clínica, segundo ABREU (2003) é um espaço indispensável na transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais (formais e informais), implicando a articulação de processos de reflexão sobre a ação, salientando a sua função importante na qualidade da resposta e das aprendizagens em contexto clínico, evidenciando que estas aprendizagens são influenciadas por diversos fatores; culturais, situacionais, psicológicos e biológicos, que originam mudanças ao nível do comportamento observável, do auto conhecimento e da definição da estratégia pessoal de processos de informação.

Na perspectiva de BENNER (2003:57) *“O conhecimento clínico é conseguido ao longo do tempo, e os profissionais, eles próprios, estão muitas vezes desatentos à sua aquisição.”* A autora salienta que se tornam necessárias, estratégias que tornem o conhecimento clínico visível, para que possa ser aumentado e refinado. A valorização de percursos e de competências reflete-se no processo de formação ao longo da vida e na sua centralidade da prática de cuidados. Trata-se de um processo valorativo no tempo e no espaço em consolidação de competências e de conhecimento. A certificação profissional do percurso individual e do reconhecimento de competências é o caminho, onde se enquadra

a enfermagem médico-cirúrgica no seu campo de intervenção particular da enfermagem com vista à excelência do exercício.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) defende que o trajeto profissional do enfermeiro deve passar por uma especialização em determinado domínio da enfermagem. “*O conjunto de competências que correspondem as competências profissionais, decorrentes do código deontológico do enfermeiro e das competências do enfermeiro de cuidados gerais, é essencial para a estruturação do percurso do enfermeiro especialista*” (OE, 2010:2).

O enfermeiro especialista é de acordo com o ponto 3 do artigo 4º do REPE, “*o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade*”.

O enfermeiro especialista no seu exercício profissional deve possuir um conhecimento aprofundado num determinado domínio da enfermagem, demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão ser detentor de um conjunto aprofundado de conhecimentos, capacidades e habilidades que deve mobilizar no contexto da sua prática clínica de forma a avaliar as necessidades de saúde do grupo alvo atuando em todos os contextos da vida das pessoas (OE, 2011).

A especialização na área médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica tem como objetivo ajudar a pessoa/família a ultrapassar, atenuar ou mesmo eliminar situações que lhe são desfavoráveis, cuidando da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, este tem como objetivo de intervenção *a pessoa em situação crítica ou seja “aquela cuja vida*

está ameaçada por falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011:8656).

O seu campo de ação é vasto, incide também na resposta a situações de catástrofe definida como “...um acidente grave ou uma série de acidentes graves, susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e eventualmente vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico...” ou emergência “...situação resultante da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator que lhe origina a perda de saúde, brusca e violenta e que afetando-lhe ou potencialmente afetando-lhe algum órgão vital se não for imediatamente assistido porá em risco a sua vida” (OE, 2011:2).

A prevenção e o controlo da infeção associada aos cuidados de saúde é uma outra vertente que abarca o campo de intervenção do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica na medida em que face à complexidade das situações, são prestados cuidados diferenciados que exigem a utilização de múltiplas técnicas e procedimentos invasivos com a finalidade de aumentar a esperança de vida (OE, 2011).

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são cuidados altamente especializados que exigem observação, colheita e procura continua, de forma sistémica e sistemática de dados com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta e eficiente em tempo útil (OE, 2011).

A especialização nesta área habilita os enfermeiros para a prestação de cuidados de enfermagem ao cliente crítico e emergente, facultando o desenvolvimento de competências específicas e consequentemente o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem. Estes permitem nortear a sua prática especializada, tendo como enunciados descritivos de qualidade: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, o bem estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados

especializados, a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (OE; 2011).

O enfermeiro especialista, ao ser detentor de um conjunto de competências especializadas está capacitado para dar resposta de forma eficaz e eficiente às necessidades dos clientes e famílias, adequada a cada etapa das suas vidas, tendo sempre em conta as responsabilidades profissionais, éticas e legais.

O papel do enfermeiro na prestação de cuidados ao cliente crítico é, segundo CARPENTER e CARPENTER (2003), a chave do sucesso de uma unidade de cuidados críticos. Segundo estes autores, o enfermeiro pela sua observação cautelosa e contínua do estado do cliente sempre em mudança, está capacitado para controlar a complexidade dos tratamentos, identificando os problemas rapidamente, iniciando procedimentos adequados e intervenções adequadas para prevenir ou corrigir situações que constituam ameaça à vida.

Para fundamentar a prática dos cuidados de enfermagem baseada na evidência, é necessário um conhecimento teórico atualizado, pressupondo uma formação contínua, com consequente ajustamento à realidade teórico-prática. No processo da tomada de decisão em enfermagem, bem como na fase da implementação de intervenções, os resultados da investigação são fundamentais para orientar a prática, justificando-se assim a necessidade da produção de guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica como imprescindíveis para a melhoria contínua da qualidade do exercício dos enfermeiros (OE, 2002).

Desta forma, a eleição de um referencial teórico que sirva de guia para a prática de enfermagem é imprescindível, ajudando na tomada de decisões e garantindo uma consistência nos cuidados prestados.

1.1 - TEORIA DE ENFERMAGEM

A teoria confere significado ao conhecimento, melhorando a prática, descrevendo e antevendo os fenômenos, orientadora no pensar e no agir. A prática fundamentada na teoria é benéfica para os clientes, fornece uma perspectiva sistemática da prática de enfermagem.

As Teorias, para MURILLAS L. (2010) são estruturas conceptuais quase tão abstratas como os Modelos de Enfermagem de que derivam, porém, propõem resultados baseados no uso e na aplicação dos Modelos na prática de enfermagem. As Teorias são formas de observar os fenômenos para descrevê-los, explicá-los, prevê-los e controlá-los. Para a autora, as Teorias são verificadas e validadas através da investigação.

A teoria de enfermagem é uma ferramenta que orienta o raciocínio para o pensamento crítico e para a tomada de decisões na profissão. A enfermagem como disciplina e como profissão aborda vários paradigmas ou modelos que orientam o enfermeiro na prática. A teoria sustenta o ensino, a investigação e a prática de enfermagem (ALLIGOOD e TOMEY, 2004).

A prática dos cuidados de enfermagem implica um conhecimento teórico atualizado, pressupondo uma formação contínua, com consequente ajustamento à realidade teórico-prática, mantendo o foco dominante na prestação de cuidados, essencial para o bem-estar, conforto e sobrevivência dos clientes (APÓSTOLO, 2009).

Tendo em conta que a prática clínica deve estar alicerçada de um referencial teórico na procura da melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem a teoria que melhor se enquadra no projeto de intervenção em serviço é a teoria de conforto de Kolcaba.

Esta teoria é relativamente recente tendo surgido nos anos noventa, define as necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto consequentes de cuidados de saúde causadores de tensão. As medidas de conforto são as intervenções de enfermagem desenvolvidas para satisfazer as

necessidades de conforto específico das pessoas, que podem ser fisiológicas, sociais, financeiras, espirituais, ambientais e físicas (ALLIGOOD e TOMEY, 2004).

De acordo com esta teoria, o conforto é uma experiência imediata e holística que se caracteriza pela satisfação das suas necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, abrangendo o contexto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Sendo o conforto um objetivo central para a enfermagem, o cuidado profissional proporcionado pelas intervenções denominadas medidas de conforto visam a satisfação das necessidades humanas básicas dos clientes (ALLIGOOD e TOMEY, 2004).

Para esta teórica o conforto é o resultado das intervenções de enfermagem, em que as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência se encontram satisfeitas. O alívio representa satisfação de uma necessidade específica do cliente; a tranquilidade entende-se como o estado de calma, contentamento, bem estar; a transcendência, refere-se ao estado no qual o cliente sente que superou as suas dificuldades, sentindo-se competente para resolver os seus problemas.

Esta teoria tem como objetivo que a prática de enfermagem seja centrada nas necessidades dos clientes, tendo como alvo as alterações do estado de conforto sentido pelo cliente, levando a que as intervenções de enfermagem desenvolvidas proporcionem o restabelecimento desse mesmo conforto (ALLIGOOD e TOMEY, 2004).

Os conceitos meta paradigmáticos que emergem desta teoria são:

Enfermagem é a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a apreciação dos níveis de conforto, após a sua implementação, comparados com a anterior linha de base.

Doente é quem recebe os cuidados, podem ser os clientes, as famílias, as instituições ou as comunidades a necessitar de cuidados de saúde.

Ambiente é todo e qualquer aspeto do cliente, família ou meios institucionais que podem ser intervencionados pelos profissionais de modo a melhorar o conforto.

Saúde é o funcionamento ótimo, conforme definido pelo cliente ou grupo, família ou comunidade.

A teoria referenciada apresenta-se como sendo facilitadora para a prática de cuidados numa unidade de cuidados pós-anestésicos, onde o conforto é fundamental para a recuperação dos clientes. Assim sendo, consideramos que a grande área temática desenvolvida neste projeto, **“Monitorização e Gestão da Dor na unidade de cuidados pós-anestésicos”**, se enquadra neste modelo.

A teoria adotada para a prática de enfermagem, numa unidade de cuidados pós-anestésicos, contribui para identificar as necessidades dos clientes, sendo fundamental para promover medidas de conforto, que permitam reduzir o desconforto, a dor, o stresse, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

O confortar é um processo que visa contribuir para o conforto holístico do cliente. A aplicação da presente teoria nos cuidados pós-operatórios reforça a necessidade do conforto como forma de restabelecer a qualidade de vida, na medida em que se procura realizar um conjunto de medidas que permitam a prevenção e controlo da dor, restabelecendo o conforto da pessoa. Para a pessoa em situação de crise, a introdução desta teoria nos cuidados, resulta na satisfação das suas necessidades, traduzindo-se numa experiência de conforto (APOSTOLO, 2009).

1.2 - DOR PÓS-CIRÚRGICA

Todos nós já testemunhamos a dor dos outros e sentindo-nos solidários, procuramos compreender as suas causas, os seus mecanismos e os seus processos, tentando encontrar formas de atenuá-la ou mesmo eliminá-la.

Para cada pessoa a dor tem um significado próprio, é uma experiência individual influenciada por diversos fatores pessoais, culturais e sociais. Apesar de todas as pessoas já terem sido confrontadas com a dor, em algumas ocasiões, nem todas a sentem, a suportam, e se referem a ela da mesma forma. A universalidade deste fenómeno abrange, assim as múltiplas facetas das subjetividades individuais. A experiência dolorosa funciona como um mecanismo de defesa ou de alerta do organismo, representando um dos primeiros sintomas de doença, sempre associada a uma sensação desagradável que traduz uma lesão real ou potencial do organismo (METZER, 2002).

A experiência de dor no pós-operatório resulta de um compromisso orgânico, uma lesão tecidual, levando a que elementos específicos do sistema nervoso, os nociceptores, células nervosas especializadas, localizadas na pele, músculos, vísceras e no tecido conjuntivo, respondam aos estímulos provocados pela lesão mecânica, do ato cirúrgico. A sua principal função destes nociceptores é transformar a energia patente nos estímulos nociceptivos em impulsos nervosos, conduzindo-os até à medula espinal (METZER, 2002).

A dor é definida pela Internacional Association for the Study of Pain como *“uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”* (DGS, 2008: 6).

A dor é um sintoma que acompanha, a generalidade das situações patológicas, que exigem cuidados de saúde. O seu controlo eficaz é o nosso dever como profissionais de saúde, mas também um direito dos clientes, sendo um fator fundamental para a humanização dos cuidados de saúde.

Desta forma, a DGS ao instituir a dor como 5º sinal vital, preconiza que a presença de dor e a sua intensidade devem ser sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. *“A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feito de forma contínua e regular, à*

semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente” (DGS, 2003:1).

Ao pensarmos nos nossos contextos profissionais podemos constatar que a descrição que a pessoa faz da dor não é simples de analisar, apesar de todos sabermos o seu significado, é difícil definirmos exatamente a experiência da dor de outra pessoa. Devemos reconhecer que a pessoa é sempre o melhor avaliador da sua própria dor.

Para uma prestação de cuidados de qualidade é essencial caracterizar a experiência de dor, desenvolver estratégias de intervenção que permitam adotar medidas para prevenir, controlar a dor e verificar a eficácia das medidas de alívio implementadas com o objetivo de melhorar esses mesmos cuidados.

O Programa Nacional de Controlo da Dor emitido pela Direção de Saúde em 2008, mantém como premissa que o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade. Apresenta também como objetivo específico a diminuição da prevalência da dor aguda pós-operatória não controlada. A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo, pelo que deve ser prevenida evitando complicações (DGS,2008).

Numa UCPA a dor pós-cirúrgica, é uma realidade problemática, com que nos confrontamos diariamente na nossa prática clínica, neste contexto, cientes da existência de algumas dificuldades na adequação dos instrumentos de avaliação da intensidade da dor, temos procurando desenvolver as competências necessárias para proceder ao diagnóstico da dor que a pessoa percebe e assim decidir pelas intervenções mais adequadas.

A formação sobre esta temática exige uma reformulação de métodos e técnicas, introduzindo alterações na avaliação e controlo da dor na nossa prática clínica, nomeadamente na aplicação de instrumentos de avaliação de dor e no seu

registo de forma sistemática, bem como na utilização de medidas não farmacológicas, como técnicas de relaxamento e na adequação de medidas farmacológicas no combate à dor.

Consideramos necessário a implementação de instrumentos de avaliação de dor, conscientes de que estes envolvem mudanças de procedimentos na prática diária, podendo implicar algumas dificuldades na adaptação de todos os elementos da equipa, mas que são fundamentais para uma uniformização de procedimentos, garantindo assim, o cumprimento das medidas de prevenção e o alívio da dor, refletindo-se na melhoria dos cuidados prestados.

A avaliação da dor é desta forma baseada em critérios precisos, fazendo parte de um processo bem estruturado, conhecido por toda a equipa, e reproduzido por cada elemento, uniformizando assim, o procedimento (METZER;2002).

Os instrumentos de avaliação de dor podem ser unidimensionais ou multidimensionais. As escalas unidimensionais avaliam globalmente a dor segundo o grau de intensidade, dentro destas devemos privilegiar as de autoavaliação como exemplo temos a escala visual analógica, a escala numérica, a escala qualitativa e a escala de faces utilizadas em clientes conscientes. As escalas multidimensionais avaliam a dor através de questionários, analisando a dor segundo as várias dimensões sensorial- discriminativa, motivacional- afetiva e cognitiva-avaliativa como exemplo a escala de doloplus, a escala de avaliação na dor na demência avançada. Tratam-se de escalas de heteroavaliação em que são avaliados os comportamentos, devem ser utilizadas em situações que não é possível a autoavaliação (METZER;2002).

Segundo o Plano Nacional de avaliação da Dor, esta deve ser avaliada em clientes que não comunicam, sedados e ventilados por meio subjetivo da observação de comportamentos pela utilização da Behavioral Pain Scale (BPS). Trata-se de uma escala de heteroavaliação, que permite mensurar a dor através do comportamento do cliente, recomendada pelo Grupo de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI.- PNAD, 2010).

A elaboração de um guia de boas práticas pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) tendo como foco de atenção a Dor, revelou ser fundamental como instrumento de suporte à promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem às pessoas em situação crítica e em concreto às pessoas com dor. O enfermeiro quando presta cuidados ao cliente com dor tem como finalidade a promoção do bem estar, devendo avaliar com recurso a escalas adequadas, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados. Trata-se, então, de conhecer e seguir os princípios científicos que relevam hoje o envolvimento do cliente na avaliação e no tratamento da sua dor, bem como a finalidade do cuidado. Sendo claro que as intervenções de Enfermagem podem ter carácter autónomo ou interdependente, destacam-se as autónomas, prescritas pelo enfermeiro, e, das interdependentes, a existência de protocolos cuja execução fica ligada à tomada de decisão casuística e concreta, adequada à pessoa singular, pelo enfermeiro (OE, 2008).

Para uma correta avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o cliente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização.

A tomada de decisão sobre o controlo da dor requer a colaboração do cliente, dos cuidadores e da família. Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado. Devem assumir a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor, devendo defender a mudança das políticas e adoção de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor (OE, 2008).

Como enfermeiros de uma UCPA, sabemos que a dor aguda é um fenómeno real, após uma cirurgia, podendo ocorrer várias complicações caso a dor não seja aliviada, aumentando a resposta ao stresse, enfraquecendo, assim o sistema imunitário e retardando a cicatrização (MONAHAN et al, 2010). Uma das principais prioridades numa unidade com estas características é proporcionar conforto ao cliente atenuando ou mesmo eliminando a sua dor, assim a utilização

de escalas adequadas ao cliente é fundamental, quer se trate um cliente que verbaliza a sua dor ou de um cliente ventilado impossibilitado de comunicar verbalmente.

Pretendemos assim, uniformizar procedimentos em relação a esta temática, de modo que a utilização de instrumentos de avaliação e controlo da dor seja uma prática aplicada por todos os elementos da equipa numa unidade de cuidados pós-anestésicos.

1.3 – CONTROLO DE INFEÇÃO

A prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar, quer em regime de ambulatório, tem como consequência a transmissão de infeções designadas por Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), assumindo uma grande relevância quer em Portugal como em todo o mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e de um maior número de clientes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infeção. Vários estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados podem e devem ser evitáveis. O fato de se prolongar a sobrevida de clientes, verifica-se também que, os mesmos, se tornam vulneráveis às múltiplas infeções que podem adquirir nos locais onde ocorre a prestação de cuidados, sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes, quer nas Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), quer noutras unidades como o Bloco Operatório (DGS, 2007).

Assim as IACS constituem na atualidade uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde, uma vez que a sua prevalência varia entre os 5% e os 10% na maioria dos países europeus (DGS,2007).

A criação do Programa Nacional de Controlo de Infeção (PNCI), pela DGS, veio sistematizar o registo, análise, interpretação e informação acerca das infeções

nas unidades de saúde, promovendo desta forma a diminuição das IACS a longo prazo em Portugal, contribuindo para a segurança dos clientes (DGS, 2007).

Uma das medidas implementadas foi o reforço dado às Comissões de Controlo de Infecção Hospitalar, sendo estas responsáveis pela elaboração e gestão do plano operacional de prevenção e controlo da IACS; quer pelo desenvolvimento de três grandes áreas de intervenção, vigilância epidemiológica; formação/informação e a elaboração e divulgação de normas e recomendações de boa prática.

Nas instituições Hospitalares estão em curso alguns programas de vigilância epidemiológica, nomeadamente a VE das infeções em UCI, a VE das infeções do local cirúrgico, a VE das infeções nosocomiais da corrente sanguínea e das infeções por microrganismos epidemiologicamente significativos, permitindo detetar infeções e monitorizar periodicamente os dados de avaliação de progresso (DGS, 2007).

No Bloco Operatório segundo a AESOP (2006), na redução da infeção do local cirúrgico estão associados a técnica asséptica e o controlo da infeção. Pelo que o cumprimento das recomendações de boa prática da desinfeção do campo operatório são uma prática de excelência para o controlo da infeção.

1.4 – A CATÁSTROFE

A LEI DE BASES DA PROTECÇÃO CIVIL PORTUGUESA, na Lei nº27/2006 de 3 Julho elucida, no seu artigo 3º, a definição de **Acidente Grave** e **Catástrofe**, em que o primeiro é definido como sendo um acontecimento insólito, com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, capaz de atingir as pessoas e outros seres vivos, bens ou o próprio ambiente. E o segundo é um acidente grave ou uma série de acontecimentos graves, susceptíveis de provocarem elevados danos materiais e eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o estrato socioeconómico em áreas ou totalidade do território nacional.

Em Portugal, o PLANO NACIONAL DE SAÚDE (2004 -2010) valida como prioridades estratégicas a segurança do cliente, e em caso de catástrofe é necessário prestar cuidados em ambiente seguro como eventualmente promover

uma saída rápida e segura de todos os ocupantes. Concomitantemente a OE (2006), define a segurança dos clientes como uma área prioritária de investigação em enfermagem.

Em Portugal as situações de catástrofe são ainda uma raridade, mas por outro lado, pela sua inexistência não existe experiência adquirida pela vivência destas situações de exceção. Uma catástrofe pode ter origem extra hospitalar ou ocorrer no próprio hospital, são inúmeros os fatores que a podem desencadear, pelo que é fundamental garantir a segurança de todos os clientes e profissionais. Para a prevenção destas situações é necessário a existência de Planos de Emergência Hospitalar.

Plano de Emergência Hospitalar é um conjunto de atitudes a efetivar ordenadamente para dar resposta a uma situação catastrófica em que o hospital se veja envolvido. Esta situação poderá acontecer fora da área do hospital, sem o influenciar diretamente, definindo-se como emergência externa; ou poderá atingi-lo diretamente e, nesse caso trata-se de uma emergência interna (GREGÓRIO e PIRES, 2011).

Para a concretização de um plano de emergência é importante o reconhecimento da existência de riscos/vulnerabilidades, bem como reconhecer as características do tipo de emergências que podem ocorrer, os benefícios do plano, a implementação do mesmo de acordo com a legislação existente e a designação de um grupo de trabalho responsável pela coordenação não só do planeamento como da atuação em caso de emergência (WHO, 2007).

A PORTARIA Nº 1275/2002 de 19 de Setembro obriga a um Plano de Emergência Interno (PEI), para estabelecimentos hospitalares com lotação superior a 200 pessoas.

Segundo a AUTORIDADE NACIONAL DA PROTECÇÃO CIVIL (2008: 6) um PEI destina-se *“principalmente a controlar a situação na origem e a limitar as consequências, em especial para as pessoas presentes no estabelecimento,*

preparando as medidas, os recursos e os procedimentos de emergência necessários face aos acidentes”. O PEI propõe-se a dar resposta a situações que possam ocorrer dentro da instituição hospitalar e tem como objetivo a organização de recursos humanos e materiais, tendo em atenção os riscos da instituição.

No Bloco Operatório os clientes e os profissionais estão sujeitos a riscos de natureza física, biológica ou ambiental, que podem assumir proporções elevadas e desencadear acidentes graves, caso não sejam tomadas as devidas precauções. O risco de incêndio é grande, pelo que deve existir um programa de prevenção de incêndios, bem como um plano de evacuação do serviço que deve ser treinado periodicamente, por todos os profissionais do serviço (AESOP, 2006).

A prestação de cuidados perioperatórios é considerada uma atividade de risco, que deve ser minorada com pessoal treinado e procedimentos normalizados. A segurança do cliente e profissionais é fundamental num ambiente de alta tecnologia e especialização, com a finalidade de uma prestação de cuidados de qualidade.

O enfermeiro especialista procura utilizar metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica que sejam promotoras da qualidade, dando uma resposta eficaz e eficiente perante pessoas em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima (OE, 2011).

CAPITULO 2 - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Etimologicamente, o vocábulo projeto deriva do latim: *projectare* – *que significa lançar para a frente*. Assim projetar significa investigar um determinado tema, problema ou situação com a finalidade de conhecer e apresentar as interpretações dessa realidade (FERRITO et al, 2010).

Segundo BARBIER (1996:52) *“O projeto não é uma simples representação do futuro, do amanhã do possível de uma “ideia” e o futuro a “fazer”, uma amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato”*. Os projetos são essenciais para o nosso desenvolvimento, numa sociedade, em que a evolução é uma constante, em que o passado se projeta no futuro e, em que o progresso se faz pela capacidade de simulação e de imaginação da própria pessoa nos seus projetos.

O trabalho de projeto tem como principal objetivo a análise e a resolução de um determinado problema mediante a consecução de varias etapas, nomeadamente: diagnóstico da situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados (FERRITO et al, 2010). Assim, a metodologia utilizada na realização do presente trabalho tem por base a metodologia de projeto.

A metodologia de projeto tem como finalidade a resolução de problemas permitindo desenvolver capacidades e competências pessoais pela realização e concretização de projetos numa situação real (FERRITO et al, 2010).

A mesma autora refere que esta metodologia é baseada na prática e sustentada pela investigação, visa identificar um problema real e implementar estratégias e intervenções para a sua resolução, salientando que esta metodologia é *“...promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência”*. (FERRITO et al, 2010:2)

A aplicação desta metodologia de projeto em contexto profissional permite o aperfeiçoamento das nossas competências profissionais visando a prática baseada na evidência, em que as tomadas de decisões são fundamentadas nas investigações mais recentes.

A metodologia de projeto favorece o desenvolvimento do indivíduo na medida em que este se torna responsável pela construção do seu próprio saber. Através desta metodologia o indivíduo torna-se mais atento, crítico, confiante e exigente em relação a si, aos outros e ao meio que o envolve, logo, mais capaz de intervir socialmente. Neste contexto impõe-se que o indivíduo que projeta esteja envolvido ao máximo na concretização desse projeto, sob pena do projeto não se concretizar (ALVES, 2004).

O presente projeto foi desenvolvido numa instituição prestadora de cuidados de saúde, o tema sobre o qual incide implicou um conhecimento aprofundado dos problemas existentes, revelando ser uma área em que o enfermeiro especialista deverá intervir no contexto da sua intervenção autónoma. A aplicação da metodologia de projeto veio reforçar a necessidade de fomentarmos uma análise crítica, equacionando tudo aquilo que se faz, refletindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais. Permitindo assim, criar e desenvolver estratégias de uma forma sequencial, interligando conceitos e teorias.

2.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação inicia a primeira etapa da metodologia de projeto visando a *“elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar.”* (BRISSOS, 2004, in FERRITO et al.,2010:10).

Tal como foi referido anteriormente, o presente projeto foi desenvolvido numa instituição prestadora de cuidados de saúde, mais precisamente numa unidade de cuidados pós-anestésicos de um centro hospitalar do distrito de Faro. Desta forma, e com a finalidade de uma melhor compreensão das atividades desenvolvidas, segue-se uma breve caracterização do serviço.

O Bloco Operatório é composto por 4 salas operatórias: a sala 1 está atribuída

aos procedimentos de urgência, a sala 2 atribuída à Ortopedia, a sala 3 aos procedimentos de Ginecologia/Urologia e a sala 4 à Cirurgia Geral e Otorrinolaringologia. Durante toda a semana realizam-se cirurgias programadas de manhã e também cirurgias programadas à tarde, às segundas-feiras e quintas-feiras, e funcionando também a sala de urgência em permanência de 24h.

As principais patologias cirúrgicas são as neoplasias do intestino, do estômago, da mama, tumores da tireoide mas também colecistites, hérnias e varizes. Na Ginecologia a principal patologia é neoplasia do útero e ovários. Na ortopedia um dos procedimentos cirúrgicos mais frequente é a osteossíntese da fratura do colo do fêmur. Na especialidade de Otorrinolaringologia as principais patologias são do foro do ouvido, as timpanoplastias mas também são frequentes septoplastias por desvio de septo nasal e biopsias da laringe por suspeita tumor. Na Urologia as patologias mais frequentes são as neoplasias da bexiga e próstata. O processo do Cuidar abarca todo o ciclo vital. No bloco operatório, por dia são operados em média cerca de 12 a 15 clientes englobando as cirurgias programadas e as de urgência. A receção e acolhimento do cliente no BO é efetuado de forma personalizada, com verificação do nome, intervenção a que vai ser submetido e através da lista de verificação pré-operatória do serviço de internamento, pelo enfermeiro da UCPA.

Após o ato cirúrgico o cliente é encaminhado para a UCPA. Quando este reúne os critérios de alta desta unidade (score de Aldret), é transferido para o serviço de internamento.

A equipa de enfermagem do Bloco Operatório deste Centro Hospitalar é composta por 42 enfermeiros distribuídos da seguinte forma funcional: 1 enfermeiro chefe; 1 enfermeiro de apoio à gestão; 16 enfermeiros em horário fixo (turno da manhã, geralmente destacados para a cirurgia programada); dos quais 6 encontram-se em integração, 24 enfermeiros em horário rotativo (turnos M, T, N e geralmente destacados para a sala de urgência).

Neste serviço a equipa de enfermagem é polivalente na sua grande maioria, com competência para desempenhar funções de anestesia, circulação, instrumentação e UCPA, permitindo a cooperação e entreajuda dos pares. Os enfermeiros são distribuídos por sala e por função numa escala elaborada pelo enfermeiro chefe sendo designado o enfermeiro mais experiente como responsável de sala. Funciona com dotações seguras, de 3 enfermeiros por sala operatória, de acordo com as práticas recomendadas da AESOP (2006). A UCPA é integrada dentro do espaço físico do serviço. A sua dotação é de 2 enfermeiros para 7 unidades, é por vezes insuficiente uma vez que estes elementos acumulam as funções de acolhimento dos clientes e transferência dos mesmos para a enfermaria, atividades realizadas fora da unidade de cuidados pós-anestésicos.

O bloco operatório é um serviço que se caracteriza pela constante evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, quer pela especificidade do cliente cirúrgico com diversas patologias associadas potenciadoras de situações geradoras de grande stresse para os clientes e família. A conjugação destes fatores requerem do enfermeiro perioperatório uma atualização teórica e prática contínua para uma efetiva melhoria na prestação de cuidados (AESOP,2006).

Desta forma, a sistematização dos cuidados de enfermagem perioperatórios facilita uma melhor qualidade desses cuidados, tornando-se num processo individualizado, planeado, avaliado e contínuo que abrange os períodos pré, intra e pós-operatório. A complexidade das ações e a inter-relação destas 3 fases da experiência cirúrgica do cliente, justificam a importância da sistematização dos cuidados de enfermagem perioperatórios, baseado na utilização do conhecimento científico (GALVÃO et al, 2002).

O período de recobro pós-anestésico é uma fase crítica, onde o cliente conjuga os riscos associados à administração de fármacos anestésicos, à intervenção cirúrgica e às suas patologias de base. Estes aspetos, associados à dor pós-operatória tornam o cliente vulnerável e suscetível ao surgimento de inúmeras complicações (AESOP,2006).

A dor pós-operatória é uma fase crítica que exige da parte dos profissionais uma avaliação, registo e o seu controlo deve ser eficaz. *“A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feito de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente”* (DGS, 2003).

Os enfermeiros de acordo com as suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, assumem como foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação da pessoa, o bem estar e o autocuidado (OE,2008).

A UCPA é uma unidade de pós-operatório imediato, assim a dor cirúrgica é uma realidade presente, pelo que deve ser prevenida e controlada. *“A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo, pelo que deve ser prevenida evitando complicações”* (APED, 2011).

Para a prevenção de complicações o enfermeiro deve utilizar metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade. A melhoria continua da qualidade do exercício profissional implica a produção de guias orientadoras da boa pratica de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constituindo uma base estrutural importante (OE, 2002).

A escolha da temática prende-se com a necessidade de dar cumprimento de todas as boas práticas, pela identificação e validação dos problemas encontrados.

A situação problema foi identificada na UCPA, em que se verifica da parte equipa de enfermagem algum desconhecimento da existência da norma em vigor instituída sobre a Dor como 5º Sinal Vital, em concordância com a Circular Normativa nº9 de 2003 da Direção Geral de Saúde, evidenciado uma menor sensibilização para o dever e o direito do controlo da dor, podendo colocar em risco o exercício de boas práticas e de procedimentos em conformidade, na garantia da qualidade dos cuidados prestados (DGS, 2003).

“Para a elaboração do diagnóstico da situação, mais concretamente a identificação e validação dos problemas, aos quais pretendemos dar resposta, muitos são os métodos ao dispor do Enfermeiro. Os mais utilizados na prática clínica são: a entrevista, o questionário, bem como métodos de análise da situação, nomeadamente a análise SWOT (...).” (FERRITO et al., 2010:13).

Para a realização de um adequado diagnóstico da situação (Apêndice I) as ferramentas utilizadas neste projeto foram; Entrevista com o Sr. Enfermeiro Responsável do Bloco Operatório Central; Análise Swot, como instrumento facilitador da análise do projeto, na procura de sugestões para a tomada de decisões e pela realização de um questionário de preenchimento presencial aos enfermeiros do Bloco Operatório.

A realização da entrevista exploratória com o Sr. Enfermeiro Responsável do serviço, na qual foi apresentada a temática do projeto de intervenção no serviço foi impulsionadora, demonstrando de que este projeto se revestia de real interesse para a UCPA contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nessa unidade.

Como suporte à implementação do projeto, utilizamos como ferramenta de diagnóstico a ANÁLISE SWOT (Apêndice II).

Podemos constatar pela realização desta ferramenta que a sistematização e uniformização da avaliação e gestão da dor na UCPA contribui para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, assim como para a promoção de estratégias de modo a prevenir complicações para o cliente. Também a definição de indicadores de qualidade na atuação do enfermeiro da UCPA é considerada uma oportunidade na realização desta ferramenta. Porém, alguma resistência à mudança, a desmotivação da equipa, bem como algumas dificuldades na disponibilização da plataforma informática podem vir a ser prejudiciais na consecução dos objetivos.

Após uma pré-validação com o Sr. Enfermeiro Responsável do serviço acerca da temática da Monitorização e Gestão da Dor na UCPA e no sentido de validar esta problemática junto da equipa realizamos um questionário (Apêndice III), tendo

sido solicitada a respetiva autorização (Apêndice IV) onde procuramos conhecer a sua opinião acerca das suas práticas na avaliação e controlo da dor nesta unidade e eventuais sugestões sobre o tema.

Este instrumento foi dividido em duas partes, na primeira pretendeu-se fazer a caracterização socio demográfica e na segunda parte saber a opinião dos enfermeiros acerca das suas práticas na avaliação e controlo da dor.

A análise dos resultados do questionário (Apêndice V), revelou que apesar dos enfermeiros referirem ter conhecimento sobre o conteúdo das normas vigentes e sobre a temática da dor a maioria não demonstra aplicar os instrumentos de avaliação da intensidade da dor. Também a quase totalidade dos enfermeiros revela a necessidade de formação nesta área no intuito de melhorarem as suas práticas nesta unidade.

Assim, este projeto tem como finalidade a monitorização e gestão da dor, permitindo assegurar a uniformização de procedimentos, acautelando as medidas de prevenção, controlo e alívio da dor, no contributo para a melhoria dos cuidados prestados na UCPA.

Tendo em conta a análise, contextualização e interpretação da problemática definimos o problema como a **não sistematização e uniformização da avaliação e gestão da dor na UCPA.**

Analisando o referido problema identificamos três problemas parcelares definidos como:

Dificuldade dos enfermeiros na aplicação das normas vigentes sobre a dor como 5º sinal vital;

Algum desconhecimento dos instrumentos de avaliação da dor;

Inexistência de padrão documentação de registo da dor.

A partir dos problemas anteriormente apresentados, traçamos o seguinte objetivo geral: **Melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem na dimensão da**

monitorização e gestão da dor na unidade de cuidados pós-anestésicos de um hospital do sul do país. Como objetivos específicos, delineamos os seguintes:

Adequar a norma de intervenção de enfermagem de avaliação da dor na UCPA;
Elaborar padrão de documentação de registo sistemático da dor;
Formar a equipa relativamente à avaliação, gestão e registo da dor;
Elaborar caderno temático sobre a problemática em questão.

2.2 - PLANEAMENTO DO PROJETO

O planeamento é mais uma etapa da metodologia de projeto, onde são definidas as atividades e estratégias a desenvolver de uma forma sequencial, assim como a sua calendarização. Esta etapa tem por base os objetivos delineados, permitindo definir as linhas de ação, identificar recursos, identificar possíveis obstáculos e constrangimentos e calendarizar as tarefas (FERRITO et al,2010).

O planeamento do projeto (Apêndice VI) engloba os objetivos específicos e as atividades e estratégias desenvolvidas para cada um deles, os recursos necessários, os respetivos indicadores de avaliação e também a realização de um cronograma onde se visualiza a calendarização das atividades ao longo estágio. Para uma melhor compreensão, de seguida iremos descrever as atividades/estratégias desenvolvidas e respetivos indicadores de avaliação para cada um dos objetivo delineados.

Para o 1º Objetivo- **Adequar a norma de intervenção de enfermagem de avaliação da dor na UCPA**

- Pesquisa bibliográfica sobre o tema da Dor em:
 - Bases de dados,
 - Normas da DGS, da Instituição,
 - Ordem dos Enfermeiros.
- Revisão da norma de Intervenção de Enfermagem de avaliação da dor na UCPA em vigor; se necessário;

- Apresentação das alterações ao enfermeiro orientador, à professora e enfermeiros do serviço e recolha de sugestões;
- Divulgação da Norma revista/atualizada aos enfermeiros do serviço pelo mail do serviço.

Os indicadores de avaliação da presente atividade são a apresentação da norma atualizada (Apêndice VII).

Relativamente ao 2º Objetivo- **Elaborar padrão de documentação de registo sistemático da dor**

- Pesquisa bibliográfica sobre instrumentos de registo em documentos de outros serviços e de outras instituições;
- Elaboração de protótipo do documento padrão de registo sistemático da dor;
- Distribuição pela equipa;
- Recolha de sugestões;
- Realização das alterações sugeridas pela equipa de enfermagem, pelo enfermeiro orientador e pela professora, caso seja necessário;
- Proceder a novas alterações, caso seja necessário;
- Apresentação de padrão de documentação de registo sistemático da dor aos enfermeiros do serviço através de reunião de equipa de enfermagem para o registo sistemático da dor nos cuidados pós-operatórios (UCPA);
- Divulgação do novo documento padrão de registo sistemático da dor, aos enfermeiros através do mail do serviço;
- Solicitação da aprovação do documento de registo sistemático da dor, com a autorização do Enfermeiro responsável do serviço.

Os indicadores de avaliação da presente atividade são a aprovação do documento por parte do enfermeiro orientador e responsável do serviço, professora, enfermeira supervisora, enfermeiros do serviço (Apêndice VIII).

No que concerne ao 3º Objetivo – **Formar e treinar a equipa relativamente à avaliação, gestão e registo da dor**

- Pesquisa bibliográfica sobre instrumentos de avaliação de dor;

- Execução de plano de sessão de formação;
- Preparação de apresentação em suporte informático;
- Divulgação da sessão de formação;
- Informação do carácter de dever e de obrigatoriedade de avaliar e registar a dor, presente na norma hospitalar de procedimentos de enfermagem, bem como na circular normativa nº9 da Direção Geral da Saúde de 2003;
- Realização da sessão sobre a avaliação, gestão e registo da dor;
- Avaliação da sessão.

Os indicadores de avaliação desta atividade são a apresentação do instrumento de avaliação de dor (Apêndice IX) do plano da sessão (Apêndice X) e da avaliação da mesma (Apêndice XI).

Para o último e 4º objetivo- Elaborar caderno temático sobre a problemática em questão

- Pesquisa bibliográfica sobre o tema da dor;
- Elaboração de caderno temático (onde consta informação sobre as normas vigentes sobre a Dor como 5º sinal vital e o Planeamento na monitorização e gestão da dor;
- Apresentação de caderno temático ao orientador;
- Recolha de sugestões;
- Divulgar a realização do caderno temático sobre a dor, através de mail do serviço.

Os indicadores de avaliação desta atividade são a apresentação de um caderno temático sobre a dor (Apêndice XII).

2.3 - EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

Para a realização desta etapa foram contempladas a vertente de reflexão e análise crítica, permitindo avaliar o percurso efetuado e reformular estratégias, caso se justifique, para a concretização dos objetivos traçados. Para a elaboração

deste projeto foram delineados quatro objetivos específicos, acima descritos, as atividades para concretiza-los iniciaram-se em Abril de 2013.

Relativamente ao **1º Objetivo – “Adequar a norma de intervenção de enfermagem de avaliação da dor na UCPA”** e de acordo com as atividades planeadas, iniciamos com a realização de uma pesquisa bibliográfica, em bases de dados eletrónicas, entre elas destacam-se a Pubmed, Medline e B-on e sites eletrónicos como a OE e a DGS onde foram consultadas a norma da dor como 5º sinal vital entre outras que envolvem esta temática. Esta pesquisa decorreu também na biblioteca da escola superior de saúde de setúbal e na biblioteca do hospital onde se realizou o projeto, tendo sido consultados artigos científicos, livros e as normas da instituição e do serviço.

A norma da UCPA já existente foi adequada à avaliação da dor na UCPA, apesar de fazer referência às intervenções de enfermagem na avaliação, prevenção e tratamento da dor não indicava quais as escalas a utilizar, pelo que foi criado um anexo com a indicação da escala verbal numérica para ser utilizada em clientes comunicativos, a qual se encontra protocolada na instituição. Nesse mesmo anexo foi colocada a escala BPS para ser utilizada em clientes que não comunicam, sedados e ventilados, sendo esta a escala utilizada na unidade de cuidados intensivos desta unidade hospitalar. Uma vez que estes clientes quando se encontram na UCPA aguardam vaga para a UCI, a utilização da mesma escala permite assim, garantir a continuidade dos cuidados na avaliação e controlo da dor.

A norma após ser revista foi entregue ao enfermeiro orientador e responsável do serviço, à professora da ESS e aos enfermeiros do serviço para eventuais alterações e sugestões. A divulgação da norma já atualizada foi posteriormente enviada pelo mail para os enfermeiros do serviço.

No que respeita ao **2º Objetivo – “Elaborar padrão de documentação de registo sistemático da dor”**, surgiram algumas alterações às atividades planeadas na medida em que não se justificou a elaboração de um documento de

registo para os clientes comunicativos, porque durante a realização deste projeto foi introduzido um novo programa informático que já contempla o registo da escala visual numérica. No entanto não permite o registo da avaliação da dor dos clientes que não comunicam sedados e ventilados, pelo que foi elaborado um instrumento de registo para a escala BPS, que foi introduzida na folha de registos existente em papel na UCPA para os registos de enfermagem dos clientes de cuidados intermédios e intensivos.

Os registos de Enfermagem, são um instrumento indispensável no dia-a-dia dos enfermeiros, independentemente do local onde desenvolvem a sua atividade. É com este instrumento, que é possível assegurar a continuidade dos cuidados, obter dados para avaliação e desenvolvimento da disciplina de Enfermagem, e ainda prosseguir com o desafio de dar visibilidade à profissão. Constituem uma valiosa e permanente fonte de informação, reforçando a sua autonomia e responsabilidade profissional (DIAS et al., 2001 referenciado por LEAL, 2006).

Em relação ao **3º Objetivo – “Formar e treinar a equipa relativamente à avaliação, gestão e registo da dor”**, foi concretizado de acordo com as atividades planeadas. A pesquisa bibliográfica recolhida do site da DGS e da OE e da SPCI foram fundamentais para a elaboração desta formação.

De acordo com MÃO-DE-FERRO (1999), a formação engloba um conjunto de atividades, que são organizadas e desenvolvidas com o objetivo de habilitar as pessoas no desempenho de determinadas profissões, permitindo-os adquirir conhecimentos, capacidades práticas, atitudes e comportamentos. A formação em enfermagem permite-nos agir ao nível das práticas aprendendo, aprofundando e atualizando conhecimentos.

Após a preparação da apresentação da formação em suporte informático, esta foi entregue ao enfermeiro orientador, à professora da ESS para apreciação e eventuais alterações que se vieram a verificar. Posteriormente reunimos com a enfermeira responsável da formação para calendarizar a formação, tendo em conta as formações que já se encontravam agendadas, não foi possível a realização da formação na data que tinha planeado. Assim, a ação de formação

realizou-se no dia 24 de Setembro de 2013, pelas 15h na sala de formação do serviço, reunindo um total de 30 enfermeiros dos 38 elementos do serviço, consideramos assim, como um bom índice de participação. A avaliação da sessão foi realizada através de um questionário oral onde foram colocadas duas perguntas que permitiram avaliar os conteúdos abordados. As respostas dadas assertivamente, permitiu-nos concluir que a equipa mostrou interesse em reforçar os seus conhecimentos sobre este tema.

No que concerne ao **4º Objetivo “Elaborar caderno temático sobre a problemática em questão”**, as atividades delineadas foram realizadas, tendo sido concretizado. A pesquisa bibliográfica recolhida nas anteriores pesquisas efetuadas, bem como a realização da formação sobre a monitorização e gestão da dor na UCPA, permitiram complementar as pesquisas necessárias para execução do caderno temático proposto. A realização deste caderno temático tem como finalidade servir de suporte para o aprofundar de conhecimentos, esclarecimento de dúvidas bem como servir de orientação para a nossa prática clínica. Podemos encontrar neste caderno alguns documentos importantes existentes nesta área, nomeadamente informação acerca da norma vigente sobre a dor como 5º sinal vital, bem como do planeamento necessário para a monitorização e gestão da dor.

O caderno temático foi entregue ao enfermeiro orientador e responsável do serviço, à professora da ESS e à enfermeira responsável da formação para eventuais alterações e sugestões. A sua divulgação foi posteriormente realizada através do envio pelo mail para os enfermeiros do serviço.

CAPITULO 3 – PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

Este projeto tem a finalidade da aquisição e aprofundamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica aos níveis da avaliação, planeamento, intervenção, investigação, compreendendo as aprendizagens no decurso dos Estágios I, II e III. As atividades a desenvolver foram realizadas no 3º Semestre, apresentamos um cronograma das atividades desenvolvidas no apêndice XIII.

A aprendizagem e aperfeiçoamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica foram em parte abrangidas pelo PIS, nomeadamente no domínio dos cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, mas que justificaram o seu contínuo aprofundamento também neste PAC. Contudo a elaboração deste projeto prende-se com a necessidade de aquisição e aprofundamento de competências noutros domínios, nomeadamente :

- Na resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação
- Na intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

3.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Como suporte à implementação do PAC foram realizadas entrevistas não estruturadas com o enfermeiro responsável do serviço e orientador de estágio, o enfermeiro elo de ligação da CCIH e elo de ligação do gabinete de gestão de risco bem como a auscultação dos enfermeiros do bloco operatório, fundamentais para a identificação de necessidades do serviço do bloco operatório.

Para a competência K1- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, a aquisição desta competência já tinha sido

abrangida pelo PIS, quer pela prestação de cuidados perioperatórios à pessoa/família que se encontravam a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. No entanto alguns elementos da equipa de enfermagem e o enfermeiro orientador salientaram a necessidade de aprofundar conhecimentos nos cuidados de enfermagem a realizar no pós-operatório do cliente crítico abrangendo os aspetos da fisiopatologia, pelo que propôs a realização de uma formação nessa área.

Sendo assim foi definido como **Objetivo Geral:**

Aprofundar competências na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Objetivo específico:

Formar a equipa sobre os cuidados de enfermagem a ter ao cliente crítico no pós-operatório imediato.

Para a competência K2- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

Para a aquisição e desenvolvimento desta competência foi definida como área problemática algum desconhecimento da equipa de enfermagem perante a existência de um plano de emergência/catástrofe no serviço bem como dos princípios de atuação em situações de catástrofe. Tendo sido validada com o enfermeiro responsável do serviço, elo de ligação do gabinete de gestão do risco, enfermeiros do serviço mediante a realização de algumas entrevistas não estruturadas a importância de colmatar algumas dificuldades sentidas pela equipa nesta área.

Sendo assim foi definido como **Objetivo Geral:**

Adquirir competências no âmbito da prestação de cuidados em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima.

Objetivo específico:

Elaborar e divulgar uma brochura sobre o plano de evacuação do serviço e quais os procedimentos a efetuar.

Para a competência K3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Para a aquisição desta competência foi definida como área problemática as infeções associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente as infeções que ocorrem derivado a uma inadequada desinfeção da pele do cliente antes de qualquer procedimento cirúrgico. A necessidade de reforçar esta temática surge pelo aumento do número de deiscências de sutura, em que uma das suas causas poderá ser por um cumprimento inadequado nos procedimentos de desinfeção do campo operatório. O ênfase nesta temática permite sensibilizar a equipa em particular os elementos em integração, promovendo boas práticas, adquirindo, reforçando e cimentando os conhecimentos nesta área.

Pelas entrevistas realizadas com o enfermeiro elo de ligação da CCIH e com a enfermeira responsável pela CCIH e uma vez que existe formação obrigatória sobre as IACS ministrada pela comissão de controlo de infeção, pretendemos em articulação com esta reforçar e complementar essa formação numa área fundamental como é a desinfeção do campo operatório para um serviço como o bloco operatório.

Sendo assim foi definido como **Objetivo Geral:**

Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, cumprindo os procedimentos de desinfeção do campo operatório.

Objetivo específico:

Elaborar e divulgar um poster sobre a desinfeção do campo operatório, sensibilizando a equipa para a promoção de boas práticas.

3.2 - PLANEAMENTO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

Nesta fase do projeto, apresentamos as atividades planeadas para a concretização dos objetivos específicos definidos, para a aquisição de cada uma das competências acima referidas. Assim sendo será realizada uma avaliação do

percurso efetuado através de uma análise e reflexão e identificando os indicadores de avaliação.

Objetivo específico da competência K1:

Formar a equipa sobre os cuidados de enfermagem a ter ao cliente crítico no pós-operatório imediato.

- Pesquisa bibliográfica sobre o cliente crítico;
- Execução de plano de sessão de formação;
- Preparação de apresentação em suporte informático;
- Divulgação da sessão de formação;
- Realização da sessão sobre o pós-operatório do cliente crítico;
- Avaliação da sessão.

O Pós-operatório é o período durante o qual se assiste á recuperação do cliente, é um momento crítico para este, sendo importante uma observação cuidadosa e permanente. A cirurgia afeta todos os sistemas orgânicos e estimula a resposta fisiológica ao stresse originando o pós stresse cirúrgico. A resposta de stresse ao procedimento cirúrgico corresponde ao período intra-operatório e pós-operatório imediato, podendo surgir eventuais complicações, daí a necessidade de desenvolver competências nesta área específica.

Os cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato centram-se na manutenção da ventilação e circulação, na prevenção do choque e no controlo da dor. Estes devem ser planeados para minimizar a incidência e a severidade de complicações (MONAHAN, 2010).

A concretização deste objetivo realizou-se de acordo com as atividades planeadas.

Após a preparação da apresentação da formação em suporte informático, esta foi entregue ao enfermeiro orientador, à professora da ESS para apreciação e eventuais alterações, tendo sido retificada. Após a reunião com a enfermeira responsável da formação, esta ficou agendada para 26 de Junho, reunindo um total de 27 enfermeiros dos 36 elementos do serviço, revelando um bom índice de participação. A avaliação da sessão (apêndice XVI) foi realizada através de um

questionário oral onde foram colocadas duas perguntas que permitiram avaliar os conteúdos abordados. As respostas positivas demonstraram interesse em reforçar os seus conhecimentos sobre este tema.

Os indicadores de avaliação desta atividade são a apresentação da formação (Apêndice XIV) e o plano da sessão (Apêndice XV).

Objetivo específico da competência K2:

Elaborar e divulgar uma brochura sobre o plano de evacuação do serviço e quais os procedimentos a efetuar.

- Pesquisa bibliográfica sobre catástrofe;
- Conhecimento do plano de emergência interno;
- Conhecimento do plano evacuação do serviço;
- Entrevista com o elo de ligação e os elementos responsáveis pelo PEI;
- Criação de um protótipo da brochura;
- Distribuição do protótipo pelo elo de ligação, enfermeiro orientador e responsável do serviço e professora;
- Recolha de sugestões e reformulação do protótipo;
- Elaboração final da brochura com o plano de evacuação do serviço;
- Divulgação da brochura com o plano de evacuação do serviço.

Quando se fala em catástrofe os primeiros pensamentos que nos surgem são de situações de origem extra hospitalar. Porém a catástrofe poderá ter origem no próprio hospital e existem inúmeros fatores que a podem desencadear, daí a importância da existência de planos de atuação em situações de emergência. Segundo a WHO (2007) um plano de emergência é um conjunto de medidas que permitem, responder a emergências, recuperar das mesmas e proteger vidas, materiais e meio ambiente.

A AORN (2010), reconhece que o incêndio é um risco inerente nos blocos operatórios. É uma situação sempre presente e representa um perigo potencial para o cliente e segurança do trabalhador.

Segundo o DECRETO - LEI nº. 243/86 de 20 de Agosto no artigo 37º, *“todo o trabalhador deve estar suficientemente instruído sobre os planos de evacuação dos locais de trabalho, para o que deverão fazer, com certa periodicidade, exercícios em que ponham á prova os ensinamentos ministrados para a evacuação em caso de eventual concretização”*.

O objetivo de um Plano de Atuação do Bloco Operatório em caso de Catástrofe Interna é definir tarefas, responsabilidades de cada interveniente e instituir os procedimentos adequados de atuação em caso de catástrofe, visando um empenhamento rápido, eficiente e coordenado de todos os meios e recursos.

O conhecimento por parte de todos os intervenientes dos procedimentos de atuação em caso de catástrofe interna, promoverá um melhor desempenho, uma tomada de decisão eficaz e eficiente com menor risco, maior probabilidade de sucesso de forma a otimizar a segurança.

A concretização deste objetivo realizou-se de acordo com as atividades planeadas.

Após a criação do protótipo, este, foi entregue ao enfermeiro orientador, à professora da ESS para apreciação e eventuais alterações, tendo sido retificado. Foi realizada uma reunião informal com a equipa para a divulgação e entrega de uma brochura com indicação dos procedimentos necessários a efetuar em caso de evacuação do serviço e esclarecimento de dúvidas.

Os indicadores de avaliação desta atividade são a apresentação da Brochura (Apêndice XVII).

Objetivo específico da competência K3:

Elaborar e divulgar um poster sobre a desinfeção do campo operatório, sensibilizando a equipa para a promoção de boas práticas.

- Pesquisa bibliográfica sobre as IACS e procedimentos na desinfeção do campo operatório;
- Criação de protótipo do poster;
- Entrevista com os enfermeiros elo de ligação e responsável da CCIH;
- Recolha de sugestões e reformulação do protótipo;

- Divulgação do poster sobre a desinfecção do campo operatório.

A utilização do poster como instrumento de informação, tem como objetivo alertar para a importância da desinfecção adequada do campo operatório, promovendo o envolvimento dos profissionais. Demonstrando orientações que os profissionais devem procurar cumprir na sua prática no intuito de prevenir e reduzir a incidência de infecções associadas aos cuidados de saúde.

A antissepsia do campo operatório antes da cirurgia, com uma correta desinfecção da pele é uma técnica fundamental para o controlo da infeção, permitindo uma redução da flora cutânea. O uso de antisséptico reduz ao máximo o número de microrganismos residentes na pele e impede a sua proliferação (AESOP, 2006).

A técnica de desinfecção do campo operatório deve ser normalizada, para que toda a equipa aplique os mesmos procedimentos. Cabe ao enfermeiro conhecer as normas de desinfecção, colaborar com a equipa cirúrgica na desinfecção do campo operatório e ser responsável pela manutenção da técnica asséptica. O cumprimento das normas de procedimento da desinfecção do campo operatório é uma prática de excelência para o controlo da infeção.

O enfermeiro especialista deve assumir um papel ativo na prevenção das complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, maximizando a sua intervenção na prevenção e controlo da infeção, procurando a excelência no seu exercício profissional (OE; 2011).

As atividades planeadas para a realização deste objetivo decorreram como previsto. Após pesquisa bibliográfica sobre o tema, elaboramos um protótipo, que foi entregue ao enfermeiro orientador, à professora da ESS para apreciação e eventuais alterações, tendo sido retificado. Depois de efetuadas as alterações procedemos à sua divulgação pela equipa. Tendo ficado exposto para fácil consulta na sala de formação do serviço. Os indicadores de avaliação desta atividade são a apresentação do poster (Apêndice XVIII).

CAPITULO 4 - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Para uma compreensão de todo o percurso vivido para a aquisição de competências do enfermeiro especialista é realizada nesta fase uma análise crítica das competências comuns, a todas as áreas de especialidade e uma análise das competências específicas, de acordo com o campo de intervenção definido para a área de especialidade.

4.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Em 2010 com o objetivo de definir o perfil e a certificação de competências, foi proposto o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, tendo sido aprovado em D. R. como regulamento nº122/2011. Desta forma, ficou definido que todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de atuação partilham quatro domínios de competências: Responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, estas competências são aplicáveis em qualquer contexto de cuidados de saúde, quer sejam primários, secundários ou terciários.

A – Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

No Código Deontológico estão expressos os deveres profissionais, tendo por base os direitos da pessoa/família/comunidade a quem se prestam os cuidados de enfermagem. Estes devem corresponder sempre às necessidades e expectativas da população. A construção do nosso percurso em enfermagem tem como base a prestação de cuidados assente em princípios e valores universais, tendo em conta as necessidades identificadas, o respeito pelos direitos e valores

da pessoa/família/comunidade, conforme o Código Deontológico, o REPE e a Carta de Direitos e Deveres do Doente, avaliando os processos e resultados na tomada de decisão.

A realização deste projeto incidindo na capacidade de prevenir e identificar práticas de risco, contribuiu para o desenvolvimento de um exercício profissional e ético seguro, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.

No projeto de intervenção em serviço o foco da dor foi tido como elemento fulcral, tendo como objetivo a satisfação do cliente, o bem estar e o autocuidado. A promoção de boas práticas na prestação de cuidados ao cliente com dor, valorizando, avaliando e aliviando a dor são elementos vitais para o bem estar dos clientes. O cuidado envolvendo o cliente no processo de dor ficou expresso, reconhecendo-o como o melhor avaliador da sua própria dor, respeitando o princípio da dignidade humana sendo este um valor basilar da relação entre quem cuida e quem é cuidado.

Segundo NUNES (2006), o enfermeiro de acordo com as suas capacidades deve atuar no sentido de advogar e defender a dignidade da pessoa humana, numa perspectiva holística.¶

Como sabemos, o respeito pela autonomia, a beneficência, a não-maleficência e o princípio da justiça, constituem referenciais importantes na Ética de Enfermagem.

A qualidade dos cuidados de enfermagem tendo como base o respeito pela vida, dignidade e direitos humanos constituem uma garantia na defesa da liberdade da pessoa humana. A dimensão ética assume particular relevância no processo de tomada de decisão e a sua clarificação e apropriação por parte dos enfermeiros, nos seus comportamentos profissionais, torna-se uma obrigação (MENDES, 2009).

No decurso da realização deste projeto, os princípios éticos estiveram sempre presentes, nomeadamente pelo pedido formal à instituição para a autorização da

aplicação dos questionários, pelo consentimento informado aos participantes, bem como o respeito pelo sigilo e anonimato das fontes no tratamento dos dados.

A2– Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

A enfermagem é uma profissão que tem como foco a valorização da pessoa, respeitando a sua autonomia, dignidade e assumindo um compromisso para com a sociedade. Kant, ensinou-nos que o uso da humanidade, a minha e a do outro, é um fim e não um meio (MALAGUTTI, 2007).

Os estágios realizados permitiram o desenvolvimento desta competência, nomeadamente através da sensibilização da equipa para uma prestação de cuidados que envolva o cliente como sujeito de cuidados, desenvolvendo uma prática que respeite os direitos humanos. O enfermeiro especialista assume a responsabilidade de prestar cuidados diferenciados, pelo que a gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação, desenvolvida ao longo dos estágios contribuíram para o desenvolvimento desta competência.

A formação da equipa foi fundamental para uma uniformização de procedimentos, permitindo o cumprimento das medidas de prevenção e o alívio da dor. O alívio da dor é um inalienável direito de qualquer cidadão e, no caso dos clientes operados, pela expectante razão da agressão cirúrgica, sendo previsível a necessidade de uma segura e eficaz atuação analgésica.

A relação terapêutica foi desenvolvida em todo este processo, pelo respeito pelas suas capacidades ajudando o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde.

Para a aquisição destas competências, os aportes teóricos lecionados da unidade temática Ética de Enfermagem foi fundamental, abordando temas essenciais e pertinentes que contribuíram para desenvolver conhecimentos nesta área.

B – Competências do domínio da melhoria da qualidade

B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

A aquisição desta competência foi demonstrada pela conceção e concretização de um projeto de intervenção em serviço na área da qualidade, uma vez que o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, mas também um fator decisivo para a humanização dos cuidados de saúde (DGS,2008).

A realização deste projeto permitiu identificar oportunidades de melhoria da qualidade, estabelecer prioridades, planear estratégias adequadas aos objetivos delineados e coordenar a execução dos mesmos.

As medidas promotoras da qualidade adotadas, permitiram o desenvolvimento de aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados, promovendo a sistematização dos cuidados de enfermagem.

B2 - Concebe, gere e elabora programas de melhoria contínua da qualidade, a aquisição desta competência foi adquirida pela necessidade de uma análise e revisão das práticas, por forma a implementar programas de melhoria contínua da qualidade, como o projeto de intervenção no serviço. Pelo que foram introduzidas novas metodologias no contexto de trabalho e adquiridas aprendizagens fundamentais para a aquisição de competências.

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Para a concretização desta competência que considera a gestão do ambiente centrada na pessoa como condição necessária para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, agindo proactivamente na gestão do risco, foram desenvolvidas competências que nos permitem agir em segurança na prestação de cuidados ao cliente. Neste domínio a adequação da norma do serviço, bem como o instrumento de registo da avaliação da dor aos clientes que não comunicam, sedados e ou ventilados realizados introduzidos no serviço, permitem garantir uma efetividade terapêutica. As intervenções na monitorização e gestão da dor adequadas garantem uma adequação da medicação analgésica, das medidas não farmacológicas permitindo a verificação dessas intervenções. O alívio da dor é um fator importante para a recuperação do cliente mas principalmente para evitar o risco de complicações.

As intervenções realizadas com uma uniformização de procedimentos da equipa nos cuidados a prestar aos clientes, são importantes para controlar o risco na prática promovendo um ambiente seguro.

De acordo com o CÓDIGO DEONTOLÓGICO (2003), o enfermeiro analisa as suas práticas e reconhece eventuais falhas para mudanças de atitudes (Artigo 88º, Alínea a), assim como, assume a responsabilidade da humanização dos cuidados devendo contribuir para um ambiente propício para o desenvolvimento das potencialidades do cliente (Artigo 89º, alínea b).

A concretização do PIS ao representar um programa de melhoria da qualidade, contribuiu para assegurar um ambiente terapêutico seguro, minimizando falhas no cuidado ao cliente crítico.

C – Competência do domínio da gestão de cuidados

C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e os seus colaboradores e a articulação na equipa de multiprofissional

A prática desenvolvida ao longo deste processo, tem sido focalizada na gestão de cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados realizados. Para a otimização do processo de cuidados foi importante a capacidade de disponibilizar assessoria aos elementos da equipa, colaborando nas decisões da equipa multidisciplinar e supervisionando a delegação de tarefas com vista à qualidade dos cuidados.

No contexto do bloco operatório e em particular da UCPA a tomada de decisão é um processo complexo que requer um conhecimento aprofundado da especificidade de cada situação. A gestão dos processos de doença requer uma vigilância e uma, avaliação rigorosa da situação do cliente, formulando diagnósticos para uma adequada intervenção e análise dos resultados obtidos. Desta forma os planos de cuidados estabelecidos para a prestação de cuidados ao cliente crítico demonstraram ter em conta os diagnósticos do cliente, cumprindo os objetivos determinados, mas fundamentalmente envolvendo o cliente em todo o processo.

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Para uma otimização da qualidade dos cuidados devemos utilizar de forma eficiente os recursos existentes, adequando os recursos humanos e materiais às situações e ao contexto.

A liderança assume um papel importante na capacidade de gerir os recursos humanos, permitindo orientar e motivar a equipa para a consecução dos objetivos pretendidos. A gestão compreende a capacidade para o concretizar de tarefas, para uma gestão eficaz é necessário planejar, executar e rever as estratégias delineadas.

A gestão dos cuidados ao longo deste percurso, permitiu um melhoramento da gestão dos recursos existentes, procurando adequar os recursos às necessidades dos cuidados de modo eficiente, estabelecendo prioridades para uma otimização da qualidade dos mesmos.

O desenvolvimento de competências na área gestão e supervisão de cuidados foi de alguma forma facilitado por desempenhar nalguns períodos funções de chefe de equipa, ajustando o estilo de liderança de acordo com o clima organizacional.

A adaptação ao estilo de liderança foi um aspeto trabalhado durante este processo, interagindo com a equipa no sentido de construir um projeto com que o grupo se identifica-se, facilitando a introdução de novas abordagens na prática clínica motivando a equipa, promovendo um ambiente favorável na prestação de cuidados.

D – Competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1– Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

A enfermagem desenvolveu-se desde sempre na procura de um corpo de conhecimentos sólidos para a evolução dos seus próprios saberes. O conhecimento empírico é objetivo, factual, descritivo, inclui o desenvolvimento de teorias com a finalidade de descrever, explicar e prever os fenómenos de interesse para os enfermeiros. O conhecimento estético é expressivo, subjetivo, exclusivo e experimental. Inclui a sensibilidade do significado de um momento. É criativo e incorpora a empatia e o entendimento. O conhecimento pessoal refere-se à noção que os enfermeiros têm de si próprios que permite estabelecer um relacionamento autêntico e de reciprocidade com o outro. É reconhecer que todo o ser humano é singular não podendo ser enquadrado dentro de categorias rígidas. O conhecimento ético baseia-se na interação presente no processo de

cuidar e que estabelece todas e quaisquer tomadas de decisão ético-morais. (CARPER, 1978 referenciado por SERRANO, 2008).

Os enfermeiros ao promoverem o autoconhecimento, reconhecem os seus limites mas também as suas capacidades. A consciencialização destes fatos permite ao enfermeiro intervir na sua relação com a equipa e nos processos de ajuda ao cliente, promovendo uma relação de confiança com base no respeito pelos seus sentimentos, valores e crenças, desenvolvendo a escuta ativa, empática, criando um efeito facilitador promotor do crescimento do outro e da sua autonomia.

Para a aquisição destas competências, os aportes teóricos lecionados nas unidades temáticas Formação Contínua Aplicada à Enfermagem e Relação de Ajuda e Aconselhamento foram fundamentais, contribuindo para o desenvolvimento de aprendizagens nesta área.

Pensamos ter demonstrado a aquisição desta competência por todo o percurso realizado, investindo no crescimento profissional e pessoal.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

O nosso desempenho tem como alicerce a formação, permitindo aprender, aprofundar e atualizar conhecimentos, desenvolvendo como profissional e possibilitando o desenvolvimento e crescimento enquanto pessoa.

Os programas de formação do pessoal têm como objetivo promover a aquisição de conhecimentos clínicos de maneira a que cada enfermeiro adquira experiência (BENNER, 2003).

O processo de ensino/aprendizagem em enfermagem deve ser compreendido como um processo contínuo, que engloba os princípios de educação/formação de adultos; ser pensado e organizado com destaque na pessoa em formação, tendo sempre em conta o ritmo de aprendizagem, as preferências, interesses e projetos individuais. É fundamental que a formação em enfermagem, em particular a aprendizagem em contexto clínico se caracterize por requisitos de exigência e pela excelência do processo de formação.

Neste domínio desempenhamos um papel ativo na área da investigação de modo a que todas as pesquisas efetuadas para a realização dos projetos, tivessem em conta critérios de atualidade científica, aplicando a metodologia científica e respeitando os princípios da investigação em todas as etapas, de forma a detetar problemas na prática. Também agimos como agentes facilitadores nos processos de aprendizagem, formando a equipa de enfermagem; direcionado as formações para problemas concretos e reais, de forma a desenvolver a capacidade crítica e reflexiva, alterando modos de pensar e agir.

A necessidade permanente de atualização dos conhecimentos científicos em enfermagem, visando a prática baseada na evidência, orienta as nossas tomadas de decisões que devem ser fundamentadas nas investigações mais recentes para uma prestação de cuidados diferenciados e especializados. Todos os conhecimentos adquiridos, nas várias áreas temáticas, proporcionaram a aquisição de novas competências e o aperfeiçoamento profissional, em particular os aportes lecionados na unidade curricular de investigação, nos módulos de Métodos de Tratamento de informação e Trabalho de projeto que foram imprescindíveis para a realização do PIS.

4.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em situação Crítica, foram aprovadas em assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico – Cirúrgica e publicadas em Diário da República 2º série nº35, a 18 de Fevereiro de 2011, são as seguintes:

- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;
- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. (OE, 2011).

A primeira competência específica, **K1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica**, para responder a situações complexas na área da saúde na prestação de cuidados à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica é função do enfermeiro especialista mobilizar conhecimentos e habilidades altamente específicos que permitam antecipar a instabilidade e o risco de falência orgânica. Para a aquisição de competências nesta área, a realização do PIS foi importante, pela implementação de instrumentos de avaliação e controlo da dor.

Na UCPA a dor aguda é um fator relevante após as cirurgias, tendo um efeito stressante e sendo potenciadora de complicações caso não consiga ser suprimida. Para uma prestação de cuidados de elevada qualidade, o controlo da dor deve ser encarada como uma prioridade. Assim sendo, ao considerarmos a dor como 5º sinal vital, demonstramos quais as boas práticas que o enfermeiro deve deter, assumindo que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas, de forma a que se possam desenvolver estratégias de intervenção adotando medidas, farmacológicas ou não, de modo a prevenir, controlar e verificar a eficácia das mesmas.

A concretização dos objetivos delineados deste projeto nomeadamente pela introdução na norma da UCPA dos instrumentos de avaliação e controlo da dor para clientes comunicativos e para clientes que não comunicam, sedados ou ventilados, pela criação de um padrão de documentação de registo da dor para os clientes não comunicativos, sedados ou ventilados, pela realização de uma formação sobre a monitorização da dor na UCPA e também através da realização de caderno temático sobre o tema permitiram dar ênfase a esta temática reforçando a sua importância para uma prestação de cuidados de excelência.

A realização do PAC, foi também fundamental para a aprendizagem de competências, pela prestação de cuidados perioperatórios à pessoa/família em situações agudas, uma vez que surgem situações de clientes críticos com falência orgânica que requerem meios avançados de monitorização e terapêutica, implicando cuidados especializados, mas também pela realização de uma formação, sensibilizando a equipa para o tema do pós-operatório do cliente crítico, evidenciando a resposta ao estímulo cirúrgico, bem como os cuidados de

enfermagem a ter para minimizar a incidência e a severidade de complicações, demonstrando que estes se devem focalizar na manutenção da ventilação e circulação, na prevenção do choque e no controlo da dor.

Os aportes teóricos lecionados nos módulos de Cuidados de enfermagem ao cliente com falência multiorgânica, Cuidados em situação de crise cliente e família, assim como o módulo de Intervenções de enfermagem ao cliente com dor no contexto da área de especialidade, foram relevantes, permitindo adquirir e aprofundar conhecimentos, assim como desenvolver competências específicas neste domínio.

A segunda competência específica, **K2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação**; tendo como objetivo principal a intervenção na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações deste âmbito, gerindo equipas de forma sistematizada diante da existência de múltiplos clientes em situação crítica ou falência orgânica.

A impossibilidade de prever uma catástrofe, deve incentivar nos enfermeiros a necessidade de delinear a sua atuação o mais real e antecipadamente possível, possibilitando uma tomada de decisão em situação de catástrofe mais rápida com menor risco e com maior possibilidade de sucesso.

Todos os profissionais do hospital devem estar informados dos riscos gerais e particulares do local onde desenvolvem a sua atividade, estar cientes do papel a desempenhar, conhecer os materiais de proteção ao seu alcance, conscientes da sequência de ações a concretizar (primeiro dar o alarme e depois lutar contra o sinistro).

A realização do PAC permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências nesta área, para a sua concretização, estabelecemos o contato com o gabinete de risco no sentido de conhecermos o plano de emergência interno da instituição, procurando saber se este se encontrava atualizado, o que nos foi confirmado. O conhecimento do plano de emergência contendo os planos de evacuação de cada serviço, nomeadamente do bloco operatório, foi fundamental, permitindo a elaboração de uma brochura do plano de evacuação do serviço, de forma a

divulgar junto da equipa o mesmo, sensibilizando os elementos para os procedimentos a adotar, promovendo a evacuação rápida e segura de todos os profissionais e clientes em caso de situações de emergência/catástrofe.

O módulo seminário de peritos, abordando o tema da catástrofe, foi essencial para a aquisição de competências neste domínio, pela importância do conhecimento do Plano Nacional para catástrofe e emergência, bem como ao nível do Plano de Emergência Interno, permitindo prever e organizar uma eventual evacuação, nomeando equipas de intervenção, evacuação e propor respetivo apoio médico e técnico.

A terceira competência específica, **K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**; de forma a que o enfermeiro especialista possa responder eficazmente na prevenção e controlo da infeção face aos variados contextos de intervenção, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção da vida do cliente em situação crítica e ou falência orgânica.

A demonstração de competências no contexto do controlo de infeção foi uma área desenvolvida, pela procura de respostas a uma das necessidades do serviço, nomeadamente a desinfeção do campo operatório, de modo a prevenir a infeção do local cirúrgico.

Um dos objetivos essenciais para a segurança cirúrgica recomendado pela DGS (2009) é que a equipa utilize, sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infeção do local cirúrgico.

Estas infeções ocorrem em clientes cirúrgicos, no local da intervenção, após procedimentos invasivos na camada superficial ou profunda da incisão ou órgão/ espaço que foi manipulado ou traumatizado. Estes problemas estão associados a um aumento da morbilidade e da mortalidade, acarretando uma hospitalização prolongada e um aumento de custos (DGS, 2009).

Segundo esta organização a infeção do local cirúrgico é responsável por 15% da infeção associada aos cuidados de saúde e por cerca de 37% das infeções hospitalares em clientes cirúrgicos. Revela ainda que o uso de agentes antissépticos adequados, a técnica da desinfeção da pele e a sua duração resultam na diminuição de colonização bacteriana, aumentando a probabilidade de redução da contaminação da ferida cirúrgica. Para a DGS (2009), os princípios mais importantes para a prevenção de infeção estão relacionados com a duração da operação e a técnica de assepsia cirúrgica. Neste âmbito a comissão de controlo de infeção hospitalar, assume a responsabilidade de cumprir o disposto na Circular Normativa da Direção Geral da Saúde nº18/DSQC/DSC de 15/10/2007, intervindo nas três vertentes do PNCI que são a vigilância epidemiológica, as recomendações de boas práticas e a formação/informação aos profissionais, como já referido em capítulo anterior (DGS, 2007).

A missão da CCIH é garantir uma cultura de segurança dos clientes, de modo que a prevenção e controlo das IACS, seja cumprida por todos os profissionais de saúde. Para tal é necessário que estes cumpram as normas e orientações, na sua prática, de forma a prevenir e reduzir a incidência de infeções, conhecendo as precauções básicas de prevenção e controlo de infeção e as precauções baseadas nas vias de transmissão.

O envolvimento dos profissionais é crucial, assumindo a responsabilidade de evitar as IACS, implementando procedimentos adequados, que minimizem a disseminação de microrganismos.

Na procura de respostas para esta situação e através do desenvolvimento de conhecimentos específicos nesta área, elaboramos um poster, alertando a equipa para uma desinfeção adequada do campo operatório, enunciando os procedimentos a realizar. A divulgação desta informação é fundamental para minimizar o risco de infeção operatória, promovendo as boas práticas, para a melhoria da segurança clínica e a qualidade dos cuidados.

No intuito de aprofundar conhecimentos neste domínio frequentei o Curso de Controlo e Prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, onde foram abordados temas sobre a prevenção da infeção do local cirúrgico, as

precauções a ter nos isolamentos, as prevenções de vários organismos infecciosos como *Clostridium Difficile*, *acinetobacter baumannii*, MRSA, mas também na prevenção de infeções associadas ao trato urinário e ainda as recomendações de boa prática para a higiene das mãos Este curso foi ministrado pela CCIH, tendo como finalidade a implementação de boas práticas, visando que todos os profissionais saibam identificar os riscos, desenvolvendo um sentido de responsabilidade para uma prática segura.

Os aportes teóricos lecionados no módulo de cuidados de enfermagem ao cliente com múltiplos sintomas foram relevantes para o desenvolvimento de competências ao nível da prevenção e controlo da infeção perante o cliente em situação crítica e ou falência orgânica.

CAPITULO 5 - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Para a obtenção do grau de mestre, o Decreto – lei 74/2006 de 24 de Março prevê que, no ensino politécnico, a sua aquisição corresponda a uma especialização de natureza profissional.

O curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica em concreto, compreende uma formação científica de caráter profissionalizante, significa que, o enfermeiro especialista detém conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento e de tomada de decisão, refletindo-se num conjunto de competências clínicas especializadas para a Enfermagem.

A ESS do IPS, preconiza que esses mesmos objetivos, elaborando o perfil de competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, que apresentamos de seguida.

Na 1ª competência “ Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem”

O desenvolvimento desta competência permitiu clarificar a importância da dimensão ética do agir na prática dos cuidados, demonstrando que os princípios éticos são os motores das nossas escolhas, das nossas ações e do nosso agir, os resultados adquirem vivências que moldam não só o comportamento profissional, mas também conferem um modo de estar, proporcionados de uma forma diferente de entender o ser humano, alcançando uma relação de grande qualidade técnica, mas também humana.

A ética profissional assume importância na construção de atitudes e comportamentos para um bom exercício profissional a bem da dignidade da pessoa humana. Orienta para a qualidade de vida enquanto pessoas e profissionais, com repercussão no quotidiano subjetivo das organizações e objetivo das profissões (Ferreira e Dias, 2005).

A conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem, foram patentes ao longo deste percurso, fazendo uma avaliação profunda do cliente, das suas necessidades, formulando diagnósticos de enfermagem baseados numa análise crítica, planeado os resultados e as intervenções de enfermagem.

No processo de tomada de decisão o enfermeiro deve assumir uma reflexão ética e deve garantir que os resultados obtidos são os esperados, reformulando as suas intervenções, adequando-as á evolução da situação clínica do cliente.

Segundo Abreu (2003), a reflexão é uma competência essencial e implícita na prática profissional de enfermagem, pelo que deve ser trabalhada a nível da supervisão. A capacidade para concretizar diagnósticos clínicos e intervir em contextos de enfermagem requer reflexão.

Do enfermeiro especialista espera-se um desempenho adequado na supervisão de cuidados, analisando com regularidade a praxis para minimizar o risco de complicações e promover práticas seguras para uma melhoria contínua da qualidade.

Todo o percurso desenvolvido, permitiu o aprofundamento do conhecimento, transmitindo a experiência, e valores a outros profissionais, integrando o processo de supervisão clínica, de forma a melhorar os padrões de qualidade em enfermagem e promover a inovação na prática clínica.

Neste sentido, a implementação do projeto PIS em estágio desenvolvendo novas abordagens para solucionar um problema na prática clínica, nomeadamente pela introdução dos instrumentos de avaliação e controlo da dor, a formação sobre a monitorização da dor, a elaboração do caderno temático, permitiram o interagir com a equipa, estruturando um projeto significativo para o grupo, motivando-o, promovendo um ambiente terapêutico e seguro. Também a realização do PAC, com a realização do poster alertando a equipa para a desinfeção adequada do campo operatório foram fundamentais para minimizar o risco da infeção do local cirúrgico, melhorando as práticas.

Procuramos nestes projetos assumir um papel de liderança para gerir os recursos humanos, orientando e motivando a equipa para a consecução dos objetivos pretendidos, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, pela uniformização dos procedimentos, adotando medidas promotoras da qualidade.

Para uma prestação de cuidados de qualidade foi fundamental o envolvimento do cliente como o sujeito dos cuidados em todos estes processos desenvolvendo uma prática que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Na 2ª competência “ Realize desenvolvimento autónomo de conhecimento e competências ao longo da vida e em complemento com as adquiridas”

Todo o nosso percurso profissional foi desenvolvido na procura de novo conhecimento. Para um melhor agir promovemos o autoconhecimento, sendo este determinante para compreendermos melhor as necessidades sentidas para um aperfeiçoamento constante nas vertentes relacional, ética, técnica e científica. Neste sentido procuramos a atualização constante dos conhecimentos investindo profissional e pessoalmente num processo formativo que se iniciou com a realização de uma Pós-Graduação em Bloco Operatório e que se cimentou com a frequência do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, procurando desenvolver aprendizagens, saberes e conhecimento, dentro do domínio da prática especializada.

Na 3ª competência “ Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva”

Os desafios que se colocam hoje aos enfermeiros têm sobretudo a ver com a complexidade das situações de saúde e de doença. Estas exigem uma abordagem interdisciplinar, que extravasa a área da saúde. Obriga a um verdadeiro trabalho de equipa e à utilização da criatividade para contornar obstáculos internos e externos à organização onde desenvolvem a sua atividade. No contexto profissional onde nos inserimos o serviço do bloco operatório, diariamente são intervencionados clientes em situações agudas e graves, que requerem da equipa multidisciplinar uma capacidade de estabelecer prioridades nos cuidados a prestar, levando a que todos os membros da equipa multidisciplinar estejam habilitados para reduzir o risco cirúrgico. O cliente crítico é uma Pessoa, que requer cuidados diferenciados, não só do foro tecnicista, mas no seu todo, com a sua dignidade, crenças e valores próprios. Assim sendo os enfermeiros que exercem funções neste domínio devem possuir um conjunto

específico e especializado de saberes de forma a desenvolver a capacidade de compreensão e de resolução de problemas para a promoção de cuidados de excelência. O seu papel é também de facilitador na aquisição de saberes na sua área de intervenção dentro da equipa multidisciplinar, assumindo um compromisso na proteção dos direitos dos clientes.

Desta forma, com a realização destes projetos, foi necessária a articulação com várias entidades nomeadamente o Conselho de Administração da Instituição. No PAC no contexto do controlo da infeção, procuramos dar respostas a uma das necessidades do serviço, a desinfeção do campo operatório, prevenindo a infeção do local cirúrgico, sendo necessário a articulação com o elo de ligação da comissão de controlo de Infeção. No contexto das respostas a situações de catástrofe elaboramos uma brochura com o plano de evacuação do serviço, estabelecendo o contato com o elo de ligação do gabinete de risco e com os elementos responsáveis pelo PEI.

Na 4º competência “ Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos”

A tomada de decisão deve ser baseada na evidência, pois só assim poderá contribuir como um elemento importante para qualidade dos cuidados em todos os domínios da intervenção de enfermagem. Permitindo otimizar os resultados esperados, melhorar a prática clínica e assegurar transparência na tomada de decisão. Um corpo de conhecimentos reconhecido traduz-se na liberdade para a prática autónoma que é acompanhada pela responsabilização das decisões tomadas e pela autorregulação profissional, a Ordem dos Enfermeiros.

A realização deste projeto de acordo com a metodologia de projeto baseada na prática e sustentada pela investigação, visou identificar um problema real e implementar estratégias e intervenções para a sua resolução. O tema sobre o qual incide o projeto de intervenção no serviço, revela ser uma das áreas em que o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica deverá investir no contexto da sua intervenção autónoma, contribuindo decisivamente para a promoção da saúde, segurança dos cuidados e, efetivamente evidenciar ganhos em saúde.

Pelo que procuramos desenvolver as competências necessárias para proceder à monitorização e gestão da dor de forma diferenciada com a implementação de instrumentos de avaliação e controlo da dor, procedendo ao seu registo de forma sistemática, assegurando a continuidade dos cuidados e assim decidir pelas intervenções mais adequadas.

A concretização dos objetivos delineados para este projeto, nomeadamente a atualização da norma de procedimento de enfermagem na UCPA com a introdução dos instrumentos de avaliação e controlo da dor, a criação de um padrão de documentação de registo da dor, a formação sobre a monitorização e gestão da dor na UCPA e a elaboração de um caderno temático sobre o tema foram decisivos para uma prestação de cuidados diferenciados.

Desta forma foram introduzidas novas metodologias no contexto de trabalho, uniformizando procedimentos e melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Na 5ª competência “ Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência ”

A realização do PIS e do PAC permitiram contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no serviço do bloco operatório. A metodologia de trabalho de projeto utilizada em ambos permitiu analisar as situações reais problemáticas do serviço implementando estratégias para a sua resolução. Para uma prática de enfermagem baseada na evidência, pesquisou-se estudos recentes que contribuíssem para a elaboração de projetos atuais para a melhoria da prática em enfermagem.

Para a fundamentação destes projetos a base científica utilizada foi o acesso a bases de dados de informação científica, livros e revista científicas. A realização dos projetos realizados e o artigo proposto pela equipa docente (Apêndice XIX) contribuiu muito significativamente para a aquisição e desenvolvimento da presente competência.

Na 6ª competência “ Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação,

a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular ”

Consideramos ter contribuído com o trabalho desenvolvido para a formação dos nossos pares, pela elaboração de ambos os projetos, os quais permitiram estabelecer uma dinâmica entre a teoria e a prática, realizando uma análise diagnóstica dos problemas reais, de situações em concreto, identificando as oportunidades de melhoria e igualmente as necessidades formativas da equipa de enfermagem. Procurando deste modo visar a capacitação do outro numa perspetiva de mudança, desenvolvendo as suas potencialidades e melhorando o seu desempenho profissional pela aquisição e melhoria dos conhecimentos, habilidades e atitudes, como nos referencia MÃO DE FERRO (1999).

A metodologia de projeto utilizada promoveu uma aprendizagem relevante pelo estabelecimento de ligações com a realidade e pelo desenvolvimento de competências importantes para a formação dos profissionais.

Importa também referir que todas as etapas foram essenciais para a concretização dos projetos nomeadamente a análise diagnóstica, já mencionada, mas também o planeamento, a intervenção e avaliação no âmbito da formação, onde integrámos a investigação e tendo por base as políticas de saúde, evidenciando ganhos para a enfermagem e refletindo uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Para uma prestação de cuidados diferenciados e especializados é necessário uma permanente de atualização dos conhecimentos científicos em enfermagem, visando a prática baseada na evidência, norteando as nossas tomadas de decisões que devem ser baseadas nas investigações mais recentes.

Também de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, procuramos em ambos os projetos nortear a nossa prática clínica, pelos enunciados descritivos propostos, a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados e a prevenção e controlo da infeção associadas aos cuidados.

CAPITULO 6 – REFLEXÃO FINAL

Nesta fase final do relatório, importa refletir sobre o trabalho desenvolvido ao longo dos estágios clínicos, efetuando uma análise crítica dos objetivos traçados e das intervenções desenvolvidas, apresentando os aspetos facilitadores e constrangedores durante a realização do relatório, bem como as perspetivas de futuro.

Podemos referir, que todo o percurso realizado contribuiu para a nossa aprendizagem, conduzindo ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências especializadas, ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica,

Consideramos ter atingido todos os objetivos definidos durante os estágios, pela realização do PIS e do PAC, que conduziram à aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns dos Enfermeiros especialistas, das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem e das Competências de mestre.

A conceção do PIS, contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a implementação de um ambiente terapêutico e seguro, iniciado com a formulação do diagnóstico da situação, e posteriormente com o seu planeamento, focando as atividades previstas, baseadas nos objetivos propostos, visando a resolução de um problema de enfermagem identificado.

A metodologia de projeto utilizada para a elaboração deste projeto, permitiu-nos desenvolver competências na área da investigação, com a utilização de instrumentos de colheita de dados e tratamento dos mesmos.

Para a nossa prática clínica o referencial teórico escolhido foi a teoria de conforto de Kolcaba. Consideramos que este modelo teórico se enquadra com a área

temática abordada no PIS, respondendo às nossas necessidades enquanto profissionais do cuidar.

A realização deste relatório bem como a elaboração de um artigo (Apêndice XIX), será uma forma de divulgar os resultados obtidos com a elaboração do PIS, demonstrando à população, e outras entidades a sua pertinência, mas também justificando todo o percurso desenvolvido para a resolução de um problema.

O PAC foi desenvolvido tendo por base a identificação das necessidades de formação da equipa de enfermagem no âmbito da prestação de cuidados ao cliente a vivenciar processos de doença crítica e ou falência orgânica, permitindo adquirir as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

A realização destes projetos permitiu dinamizar a equipa, incentivando a sua participação, para uma mudança de atitudes e comportamentos. Contribuindo para o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem onde estamos inseridos, mobilizando conhecimentos de várias áreas.

Consideramos que a reflexão sobre a nossa prática clínica, pelas situações vivenciadas, com o contributo do conhecimento adquirido transformado em ação, promoveram o desenvolvimento de um pensamento crítico, essencial à prática do enfermeiro especialista.

O enfermeiro especialista deve ter reconhecidas competências técnicas, científicas e humanas, promovendo junto do cliente e família a autonomia, a autodeterminação, as informações pertinentes e o apoio necessário permitindo ao cliente tomar as suas próprias decisões, promovendo desta forma a sua dignidade.

Gostaríamos de salientar a importância da reflexão sobre os contextos de trabalho, que aliados aos contributos teóricos adquiridos nas unidades

curriculares, bem como à disponibilidade da professora orientadora, foram fundamentais para o desenvolvimento destes projetos.

O desenvolvimento deste percurso nem sempre foi fácil, surgindo alguns constrangimentos pelo desconhecimento relativo à realização de trabalhos deste âmbito, e da disponibilidade de tempo para a realização de todas as atividades. De igual modo, surgiram alguns aspetos facilitadores, uma vez que o ensino clínico decorreu num local conhecido, onde as necessidades do serviço já se encontravam de alguma forma identificadas, mas principalmente pela facilidade de relacionamento com a equipa, bem como pela sua disponibilidade demonstrada.

Todo o trabalho desenvolvido e documentado neste relatório foram fundamentais para o nosso crescimento pessoal e profissional como enfermeiras especialistas, capacitando-nos para refletir criticamente sobre as nossas práticas na promoção de um exercício profissional de qualidade.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson – **Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde.** Cadernos Sinais Vitais. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda., nº1 (2003). ISBN 972-8485-35-2

ABREU, Wilson – **Supervisão clínica em Enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade.** Revista Sinais Vitais. Coimbra. nº45 Novembro (2002), p. 53-57. ISSN 0872-8844

AESOP – **Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática de Cuidados.** Loures: Lusodidacta, 2006. 356p. ISBN: 972-8930-16-X.

ALLIGOOD, Martha R. ; TOMEY, Ann M.- **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem.**5ª ed. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2004. 766p. ISBN 978-972-838-374-9

ALVES, M. Alice - Etapas da metodologia de projecto. Revista o Professor, 85, (Março-Abril). 2004, p.30-37.

APOSTOLO, João L. A. – **O Conforto nas Teorias de Enfermagem** – Análise do conceito e significados teóricos – Artigo de revisão, **Revista Referência.** Coimbra II, nº 9, (2009), p. 61 a 67

BARBIER, Jean-Marie – **Elaboração de Projectos de Acção e Planificação.** Porto: Porto Editora, 1996. ISBN: 972-0-34106-8.

BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem.** Coimbra: Quarteto Editora. 2001. ISBN 972-8585-97-X.

CARPENTER, Richard; CARPENTER Alice – **O ambiente dos cuidados críticos**. In PHIPPS, Wilma; SANDS, Judith; MAREK, Jane – Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7. vol.I 637-653.

FERREIRA, Manuela; DIAS, Maria – **Ética e Profissão: Relacionamento Interpessoal em Enfermagem**. 1ª ed. Loures: Lusociência, 2005. 142p. ISBN 972-8930-04-6.

FERRITO, Cândida et al – **Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva De Etapas**. Percursos: Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Nº 15 (Janeiro - Março). 2010. 37p. ISSN: 1646-5067

GREGÓRIO, Arsénio; PIRES, Patrícia – **Projeto de elaboração do Plano de Emergência Externa do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio**. Setembro de 2011. 63 p.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. 220p. ISBN 972-8383-20-7.

LEAL, Mª Teresa – **A CIPE e a visibilidade da enfermagem: mitos e realidades**. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2006. 218p. ISBN 972-8930-20-8

MALAGUTTI, William – **Bioética e Enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas**. Rio de Janeiro: Editora Rubio Lda, 2007. 213p. ISBN 978-85-87600-95-0.

MÃO-DE-FERRO, António – **Na Rota da Pedagogia**, Lisboa, Edições Colibri, 1999, ISBN 972-772-069-2

METZER, C. et al- **Cuidados de Enfermagem e Dor**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN:972-8383-32-0. p.159-169

MONAHAN et al – **“Phipps, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Perspectivas de Saúde e Doença”**, 8ª edição, Lusodidacta, 2010. 1Vol. p 275 a 338p. ISBN:978-989-8075-22-2

NUNES, Lucília – **Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem**. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros (O enfermeiro e o cidadão: compromisso de proximidade), 2006.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Tomada de posição do Conselho Jurisdicional sobre segurança do cliente**. ISSN 1646-2629, nº 22, Junho 2006, p.16-22.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários**. Lisboa: Edição da Ordem dos Enfermeiros, 2003. 187 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos**. Edição da Ordem dos Enfermeiros, 2002. 16p.

QUEIROZ, Ana – **Empatia e respeito**. Coimbra: Ariadne Editora, 2004. Colecção Saúde nº3. 116p. ISBN 972-8838-14-X

QUEIRÓS, Ana – **Ética e Enfermagem**. 1º ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8717-07-5.

Watson, Jean – **Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2002. 182p. ISBN 972-8383-33-9

ELECTRÓNICAS

AORN –**Fire Prevention in the Perioperative Practice Setting**. [Em Linha] [Consult. a 19/12/13 às 10h12m]. Disponível em: <http://www.google.pt/search?aq=0&oq=AORN+tria&sugexp=chrome,mod=2&sourceid=chrome&ie=UTF-8&q=aorn+fire+triangle>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR- **Dor aguda e Cirurgia**. [Em Linha]. [Consult. a 12/12/13 às 3h]. Disponível em:

<http://www.aped>

dor.org/index.php?lop=conteudo&op=17e62166fc8586dfa4d1bc0e1742c08b&id=496e05e1aea0a9c4655800e8a7b9ea28&print=1#

AUTORIDADE NACIONAL DA PROTECÇÃO CIVIL – [Em Linha] [Consult. a 20/4/14 às 18h51m]. Disponível em

<http://www.prociv.pt/Documents/Plano%20de%20Actividades%202011%20ANPC.pdf>

Código Deontológico do Enfermeiro [EM Linha]. [consultado a 12/04/2014 às 14h] Disponível

em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Colley, S (2003) – Nursing Theory: its importante to practice. *Nursing Standard*. 17:46, 33-37 [EM Linha]. [consultado a 12/03/2014 às 14h] <http://dx.doi.org/10.7748/ns2003.07.17.46.33.c3425>

DECRETO-LEI nº 35. D.R. 2ª SÈRIE. 122 (11-02-18) 8648-8653. [Em linha]. [Consult. a 19/06/2014 às 11h12m]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

DECRETO-LEI nº 35. D.R. 2ª SÉRIE. 124 (11-02-18) 8656-8657. [Em linha]. [Consult. a 19/02/2014 às 11h20m]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament o%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)

DECRETO DE LEI Nº 243/86 de 20 de Agosto no artigo 37º [Em Linha] [Consult. em 20/4/14 às 18h41m]. Disponível em http://www.oasrn.org/pdf_upload/decretolei_243_86.pdf

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE- **A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.** Circular Normativa nº9/2003/DGCG,14.06.2003. [Em Linha]. [Consult. a 10/01/2014 às 16h]. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE; **Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009**, Lisboa 2010; . [Em Linha] [Consult. em 20/4/14 às 18h] Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=16317>

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE- **Programa Nacional de Controlo da Dor.** Circular Normativa nº11/DSCS/DPCD.18.06.2008.[Em Linha]. [Consultado a 10/01/2014 às 15h]. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

GALVÃO, C et al . A prática baseada na evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002; 10(5): 690-5. [Em Linha]. [Consult. em 20/4/14 às 18h] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a10.pdf>

LEI DE BASES DA PROTECÇÃO CIVIL PORTUGUESA, na Lei nº27/2006 de 3 Julho [Em Linha] [Consult. em 19/4/14 às 10h51m]. Disponível em <http://cadernosmunicipais.fundacaorespublica.pt/data/pdfs/ART4bc0f93bea621.pdf>

MENDES, Goreti – **A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem.** Brasil, Universidade Federal de Santa Catarina, 2009. Texto & Contexto Enfermagem. Vol. 18, nº1. Jan-Mar. 165-

169p. [Em Linha]. [Consult. Em 11/03/2014 às 23h].Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a20.pdf>

MURILLAS L., Martha – **Epistemologia Del Cuidado**. 2010. [Em Linha]. [Consult. a 11/01/14 às 09h]. Disponível em : <http://epistemologiadelcuidado.blogspot.com/2010/04/teorias-y-modelos-de-enfermeria.html>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2011). **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. Aprovado por unanimidade na Assembleia Geral Extraordinária de 22 de Outubro de 2011. [Em Linha]. [Consult. a . 01/04/2014 às 14h].Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituaçãoCrítica.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. [Em Linha]. [Consult. a . 01/04/2014 às 14h]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf;

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Guia Orientador de Boa Prática**. 2008. [Em Linha]. [Consult. a 10/02/2014 às 14h].Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

PORTARIA nº 1275/2002 de 19 de Setembro -: [Em Linha]. [Consult. a 10/02/2014 às 14h]. Disponível em http://www.oasrn.org/pdf_upload/portaria_1275_2002.pdf

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016 – [Em Linha]. [Consult. a 30/02/2014 às 23h]. Disponível em <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2009/10/pns+201115.htm>

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004-2010 - [EM Linha] [Consult. a 16/01/14 às 16h25m]. Disponível em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>

REPE – [Em linha]. Diário Da República.I Série-A. Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Set 1996. [Consult. a 10/04/2014 às 14h35m]. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legislação/REPE.pdf.

SERRANO, Maria – **Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho** . Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de Didática e Tecnologia Educativa. 2008. 405 p. Dissertação para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Didática. [Em Linha]. [Consult a 8/01/2014 às 15h]. Disponível em <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD T Serrano .pdf>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DOS CUIDADOS INTENSIVOS-**Plano Nacional de Avaliação da Dor**. [Em Linha].[Consult. a 20/02/14 às 20h]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/.../PNAvaliação_dor.pdf

KOLCAPA, Katherine- **A Teoria do Conforto**. .[Em Linha]. [consult. a 20/12/2013 às 8h] Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Pacient Safety, 2007** [Em Linha] [Consult a 19/2/14 às 10H]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/en/>

APÊNDICES

APÊNDICE I Diagnóstico da Situação

2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Ano Lectivo 2012/2013
Definição do Problema

Estudante: Maria Esmeralda Vicente Pereira Barros	
Instituição:	<input type="text"/>
Serviço: Bloco Operatório Central	
Título do Projecto: Monitorização e Gestão da Dor na unidade de cuidados pós-anestésicos	
<p>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras):</p> <p>Este projeto traduz a minha visão das necessidades observadas, no contexto de trabalho onde exerço funções, integrando uma equipa multidisciplinar, no intuito de procurar melhorar as praticas do exercício de enfermagem.</p> <p>O período de recobro pós-anestésico é uma fase critica, onde o doente conjuga os riscos associados à administração de fármacos anestésicos, à intervenção cirúrgica e às suas patologias de base. Estes aspetos, associados à dor pós-operatória tornam o doente vulnerável e suscetível ao surgimento de inúmeras complicações (AESOP,2006).</p> <p>Para a prevenção de complicações o enfermeiro deve utilizar metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade. A melhoria continua da qualidade do exercício profissional implica a produção de guias orientadoras da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constituindo uma base estrutural importante (OE,2002).</p> <p>A dor é um sintoma que acompanha, a generalidade das situações de</p>	

patologia, que exigem cuidados de saúde. O seu controlo eficaz é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos clientes, contribuindo para a humanização dos cuidados de saúde.

A Direção Geral de Saúde em 2003 emitiu a Circular Normativa nº9 que preconiza a avaliação e registo sistemáticos da intensidade da dor como uma das boas práticas dos profissionais de saúde, instituindo a dor como o 5º sinal vital.

O Programa Nacional de Controlo da Dor emitido pela Direção de Saúde em 2008, tem como objetivo específico reduzir a prevalência da dor aguda pós-operatória não controlada.

A área de intervenção do meu projeto prende-se com a monitorização e gestão da dor na UCPA, justificando-se pela não implementação da norma nº9/2003 da DGS quer da norma Hospitalar “ A Dor como 5º Sinal Vital”, cujo conteúdo foi retirado da supracitada norma da DGS.

Este projeto, de acordo com o regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa Crítica insere-se na competência e unidade de competência:

K1-Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

K.1.3-Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Diagnóstico de situação

Definição geral do problema

Na UCPA do , encontra-se instituída a Norma hospitalar sobre “A Dor como 5º Sinal Vital”, em concordância com a Circular Normativa nº9 de 2003 da Direção Geral de Saúde, acessível em modo informático desde Janeiro de 2011, verifica-se da parte da equipa de enfermagem algum desconhecimento da existência desta norma em vigor, bem como uma falta de sensibilização para o dever e o direito do controlo da dor, o que pode colocar em risco o exercício de boas práticas e de

procedimentos em conformidade, na garantia da qualidade dos cuidados prestados.

O problema define-se assim como a não sistematização e uniformização da avaliação e gestão da dor na UCPA.

Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)

Os enfermeiros de acordo com as suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, assumem como foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação da pessoa, o bem-estar e o autocuidado (OE,2008).

A dor é definida pela Internacional Association for the Study of Pain como "uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão"(DGS, 2008).

O controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente, um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados (DGS,2008).

Os profissionais de saúde devem adotar medidas que permitam prevenir e controlar a dor das pessoas ao seu cuidado, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo, pelo que deve ser prevenida evitando complicações (APED, 2011).

De acordo com os padrões de qualidade de enfermagem "na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes", desenvolvendo rigor técnico/

científico na implementação das intervenções de enfermagem (OE, 2002).

O REPE no nº 3 do artigo 5º nas alíneas e) e f) menciona que os cuidados de enfermagem são caracterizados por utilizarem metodologia científica, a qual inclui a execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários e a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções.

A DGS ao instituir a dor como 5º sinal vital, preconiza que a presença de dor e a sua intensidade devem ser sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. “A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feito de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente” (DGS, 2003).

Tendo presente o CÓDIGO DEONTOLÓGICO DOS ENFERMEIROS, art. 83.º

- Do direito ao cuidado, sabemos que a sua alínea d) nos orienta para “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”.

Nas unidades de cuidados pós-anestésicos, os objetivos dos cuidados, passam por proporcionar uma avaliação crítica permanente do pós-operatório, antecipar e prevenir complicações anestésicas e cirúrgicas, possibilitar a atuação imediata e de elevada competência se estas complicações surgirem (AESOP, 2006).

Na UCPA, a dor pós-cirúrgica é uma realidade problemática, com que os enfermeiros se confrontam diariamente, na sua prática de cuidados. Para intervirem na promoção e controlo da dor, é fundamental a existência de instrumentos de avaliação de dor e o seu registo de forma sistemática.

“ A avaliação da dor deve basear-se em critérios precisos, que constem dum processo bem estruturado, conhecido por todos e que cada um possa

reproduzir”(METZER, 2002).

A implementação de instrumentos de avaliação envolve uma mudança de procedimentos na prática diária, podendo implicar alguma dificuldade na adaptação de todos os elementos da equipa. A uniformização dos procedimentos é fundamental para a melhoria dos cuidados prestados, garantindo o cumprimento das medidas de prevenção e o alívio da dor.

Na prestação de cuidados de qualidade é essencial caracterizar a experiência de dor, desenvolver estratégias de intervenção e verificar a eficácia das medidas de alívio, nessa medida os instrumentos de avaliação de dor permitem uma adequada monitorização e gestão da dor na UCPA.

O Bloco Operatório é composto por 4 salas operatórias: a sala 1 está atribuída aos procedimentos de urgência, a sala 2 atribuída à Ortopedia, a sala 3 aos procedimentos de Ginecologia / Urologia e a sala 4 à Cirurgia Geral e Otorrinolaringologia. Durante toda a semana realizam-se cirurgias programadas de manhã e também cirurgias programadas à tarde, às segundas-feiras e quintas-feiras, e funcionando também a sala de urgência em permanência de 24h.

As principais patologias cirúrgicas são as neoplasias do intestino, do estômago, da mama, tumores da tireoide mas também colecistites, hérnias e varizes. Na Ginecologia a principal patologia é neoplasia do útero e ovários. Na ortopedia um dos procedimentos cirúrgicos mais frequente é a osteossíntese da fratura do colo do fémur. Na especialidade de Otorrinolaringologia as principais patologias são do foro do ouvido, as timpanoplastias mas também são frequentes septoplastias por desvio de septo nasal e biopsias da laringe por suspeita tumor. Na Urologia as patologias mais frequentes são as neoplasias da bexiga e próstata.

No bloco operatório, por dia são operados em média cerca de 12 a 15 clientes englobando as cirurgias programadas e as da urgência.

A receção e acolhimento do doente no BO é efetuado de forma personalizada (com verificação do nome do doente, intervenção a que vai ser submetido e

através da lista de verificação pré-operatória do serviço de internamento, pelo enfermeiro da UCPA).

Após o ato cirúrgico o doente é encaminhado para a UCPA. Quando o doente reúne os critérios de alta desta unidade (score de Aldret), é transferido para o serviço de internamento.

A equipa de enfermagem do Bloco Operatório do é composta por 42 enfermeiros distribuídos da seguinte forma funcional: 1 enfermeiro chefe; 1 enfermeiro de apoio à gestão; 16 enfermeiros em horário fixo (turno da manhã, geralmente destacados para a cirurgia programada); dos quais 6 encontram-se em integração, 24 enfermeiros em horário rotativo (turnos M, T, N e geralmente destacados para a sala de urgência).

Neste serviço a equipa de enfermagem é polivalente na sua grande maioria, com competência para desempenhar funções de anestesia, circulação, instrumentação e UCPA, permitindo a cooperação e entreajuda dos pares. Os enfermeiros são distribuídos por sala e por função numa escala elaborada pela enfermeira chefe e é designado o enfermeiro mais experiente como responsável de sala. Funciona com dotações seguras, de 3 enfermeiros por sala operatória, de acordo com as práticas recomendadas da AESOP (2010). No entanto, na UCPA, a dotação de 2 enfermeiros para 7 unidades, é por vezes insuficiente uma vez que estes elementos acumulam as funções de acolhimento do doente e transferência dos mesmos para a enfermaria, atividades realizadas fora da unidade de cuidados pós-anestésicos.

Considereei relevante recorrer a algumas ferramentas diagnósticas reforçadoras e essenciais na execução de um correto diagnóstico da situação.

Ferramentas diagnósticas:

ENTREVISTA COM O SR. ENF. RESPONSÁVEL DO BLOCO OPERATÓRIO

No dia 4 de Janeiro de 2013, realizou-se uma entrevista exploratória com o Sr.

Enf. Responsável do Serviço de Bloco Operatório Central do , tendo sido apresentada a temática do Projeto de Intervenção no Serviço. A opinião foi de que este se revestia de real interesse para a UCPA contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nessa unidade.

ANÁLISE SWOT

Este instrumento é facilitador da análise do projeto e na procura de sugestões para a tomada de decisão. A sua utilização é pretendida como ferramenta na formação de planos de intervenção e na definição de estratégias nos resultados dos cuidados prestados no período pós-operatório imediato (Ver apêndice I-Análise Swot).

Podemos constatar pela realização desta ferramenta que a sistematização e uniformização da avaliação e gestão da dor na UCPA contribui para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, assim como para a promoção de estratégias de modo a prevenir complicações para o doente. Também a definição de indicadores de qualidade na atuação do enfermeiro da UCPA é considerada uma oportunidade na realização desta ferramenta. Porém, alguma resistência à mudança, a desmotivação da equipa, bem como algumas dificuldades na disponibilização da plataforma informática podem vir a ser prejudiciais na consecução dos objetivos.

QUESTIONÁRIO FECHADO DE PREENCHIMENTO PRESENCIAL AOS ENFERMEIROS DA UCPA

Sentimos também a necessidade de validar a problemática com a equipa, tendo realizado para tal um questionário (apêndice II) e tendo sido solicitada a respectiva autorização (apêndice III).

O questionário, foi aplicado no dia 30 Janeiro e terminou a 12 fevereiro de 2013 a uma amostra de 36 enfermeiros (por não inclusão da aluna responsável pelo projeto, uma enfermeira de licença de maternidade, um enfermeiro ainda não integrado na UCPA e uma enfermeira de férias).

Este instrumento foi dividido em duas partes, na primeira pretendeu-se fazer a

caracterização socio demográfica e na segunda parte saber a opinião dos enfermeiros acerca das suas praticas na avaliação e controlo da dor.

A análise dos resultados do questionário (apêndice IV), revelou que apesar dos enfermeiros referirem ter conhecimento sobre o conteúdo das normas vigentes e sobre a temática da dor a maioria não demonstra aplicar os instrumentos de avaliação da intensidade da dor. Também a quase totalidade dos enfermeiros revela a necessidade de formação nesta área no intuito de melhorarem as suas práticas nesta unidade.

Assim, este projeto, tem como finalidade a monitorização e gestão da dor, permitindo assegurar a uniformização de procedimentos, acautelando as medidas de prevenção, controlo e alívio da dor, no contributo para a melhoria dos cuidados prestados na UCPA.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)

A identificação dos problemas parcelares residem na:

Dificuldade dos enfermeiros na aplicação das normas vigentes sobre a dor como 5º sinal vital;

Algum desconhecimento dos instrumentos de avaliação da dor;

Inexistência de documento padrão de registo da dor.

Determinação de prioridades

Revisão da literatura;

Adequar a norma de intervenção de enfermagem de avaliação da dor na UCPA;

Elaborar documento de registo sistemático da dor;

Formar a equipa relativamente ao instrumento de avaliação da dor e de registo;

Elaborar caderno temático sobre a problemática em questão.

Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

OBJETIVO GERAL

Melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem na dimensão da monitorização e gestão da dor na unidade de cuidados pós-anestésicos de um hospital do sul do país.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Adequar a norma de intervenção de enfermagem de avaliação da dor na UCPA;

Elaborar padrão de documentação de registo sistemático da dor;

Formar a equipa relativamente à avaliação, gestão e registo da dor;

Elaborar caderno temático sobre a problemática em questão.

Referências Bibliográficas (Norma Portuguesa)

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS – Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados. Loures: Lusodidacta, 2006. 356 p. ISBN 972-8930-16-X

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Edição da Ordem dos Enfermeiros, 2003. 187 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: Edição da Ordem dos Enfermeiros, 2002. 18p.

METZER,C. et al- Cuidados de Enfermagem e Dor. Loures: Lusociência, 2002. ISBN:972-8383-32-0. p.159-169

REFERÊNCIAS ELECTRONICAS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR- Dor aguda e Cirurgia. [Em Linha].[Consultado a 12/01/13 às 3h]. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php?lop=conteudo&op=17e62166fc8586dfa4d1bc0e1742c08b&id=496e05e1aea0a9c4655800e8a7b9ea28&print=1#>

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE- A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa nº9/2003/DGCG,14.06.2003. [Em Linha]. [Consultado a 10/01/2013 às 16h]. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE- Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa nº11/DSCS/DPCD.18.06.2008.[Em Linha]. [Consultado a 10/01/2013 às 15h]. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

ORDEM DOS ENFERMEIROS-Guia Orientador de Boa Pratica. 2008. [Em Linha]. [Consult. em Jan. 2013 às 14h].Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica - Regulamento n.º 124/2011. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. [Em linha]. [Consult. 21 jan 2013 às 18h50m]. Disponível em <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0865608657.pdf>

REPE – [Em linha]. Diário Da República.I Série-A. Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Set 1996. [Consult. 25 JAN. 2013 às 14h35m]. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legislação/REPE.pdf

Data: 19/03/2013

Assinatura: Maria Esmeralda Vicente

Pereira Barros

APÊNDICE II-Análise Swot

Tabela 1: Análise de SWOT

ÚTIL PARA ATINGIR OS OBJECTIVOS	PREJUDICIAL PARA ATINGIR OS OBJECTIVOS
<p>PONTOS FORTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviço em programa de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem do doente; • Aproveitamento de recursos materiais, instalações e equipamentos; • Contribuir para a promoção de estratégias de modo a prevenir lesões, alterações ou complicações no organismo/sistemas do doente; • Equipa jovem potencialmente motivada; • A existência de indicadores de qualidade na atuação do enfermeiro na UCPA na Instituição; • Reestruturação da norma de intervenções de enfermagem na UCPA; 	<p>PONTOS FRACOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resistência á mudança;
<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhorar acessibilidade dos registos aos restantes serviços da instituição; • Reforço positivo da imagem do Bloco Operatório, pelo cumprimento da norma hospitalar sobre a dor em vigor; • Possibilidade de mudança de comportamentos na cultura organizacional; • Instituição em processo de certificação EN ISO 9001:2008 	<p>AMEAÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • A reestruturação na dinâmica da equipa de enfermagem; • Dificuldades na disponibilização da plataforma no programa informático; • Contenção de custos materiais.

APÊNDICE III – Questionário

QUESTIONÁRIO

No âmbito do Estágio I e II integrado no plano de estudos do 2º Curso do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e após uma pré-validação com o senhor enfermeiro chefe acerca da temática da Monitorização e Gestão da Dor na unidade de cuidados pós-Anestésicos (UCPA), do Centro Hospitalar do , necessito conhecer a sua opinião acerca das suas praticas na avaliação e controlo da dor na UCPA, e eventuais sugestões sobre esta temática, por forma a desenvolver um projeto de intervenção sobre o tema.

Deste modo, o questionário que se segue encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte pretende fazer a caracterização socio demográfica dos enfermeiros participantes. Na segunda parte pretende-se saber a opinião dos enfermeiros acerca das suas praticas na avaliação e controlo da dor.

Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração, a mesma assume especial importância, sendo imprescindível para a prossecução do estudo, agradeço desde já o seu valioso contributo.

Os meus sinceros agradecimentos
Esmeralda Barros

I Parte: Caracterização sócio demográfico:

Idade:_____ Anos

Sexo: Masculino_____ Feminino_____

Habilitações Literárias:

a-Bacharelato em Enfermagem_____

b-Licenciatura em Enfermagem_____

c- Especialidade em Enfermagem_____

Se sim, Qual?_____

Qual o tempo de exercício profissional? _____ Anos

Há quantos anos exerce funções no Bloco Operatório? _____Anos

II Parte: Práticas na avaliação e controlo da dor

Assinale com uma cruz a resposta que melhor se adequa à sua opinião.

1-Desempenha funções na UCPA do Centro Hospitalar ?

Sim_____ Não_____

1.1-Já teve alguma experiência numa UCPA de outra Instituição?

Sim_____ Não_____

2-Conhece o conteúdo da Circular Normativa nº9 de 2003 da Direcção Geral de Saúde sobre o tema "A Dor como 5º Sinal Vital, Registo sistemático da Intensidade da Dor"?

Sim_____ Não_____

3- Conhece o conteúdo da Norma Hospitalar sobre o tema "A Dor como 5º Sinal Vital, Registo sistemático da Intensidade da Dor"?

Sim_____ Não_____

3.1- Se respondeu sim, como teve conhecimento?

Pelos colegas do serviço_____

No processo de integração_____

Auto pesquisa_____

Formação em serviço_____

4- Na sua prática clínica como enfermeiro de UCPA, avalia a intensidade da Dor?

Sim_____ Não_____

4.1- Faz o registo sistemático da Dor ?

Sim_____ Não_____

5- Utiliza algum instrumento da avaliação da intensidade da Dor ?

Sim_____ Não_____

5.1- Se respondeu sim, qual o instrumento que utiliza?

6- Tem formação na avaliação e controlo da Dor?

Sim_____ Não_____

7- Acha importante ter formação sobre este tema? Justifique a sua resposta

8- Considera importante a existência de documentos sistematizadores da avaliação da dor adequados ao serviço?

Obrigado pela sua Colaboração

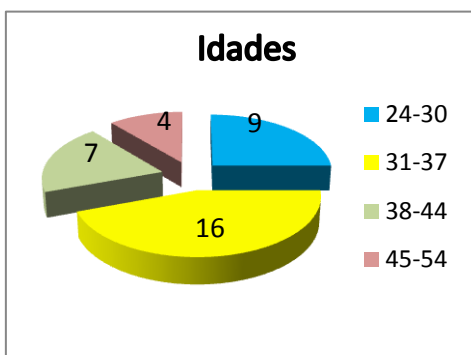
Esmeralda Barros

APÊNDICE IV - Pedido de aplicação de Questionário

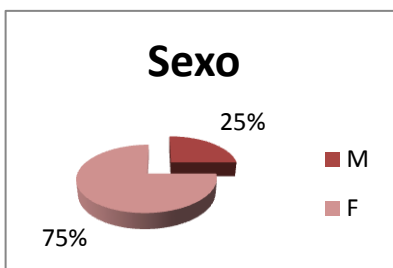
<div data-bbox="161 248 571 378" style="border: 1px solid black; height: 58px; width: 257px;"></div>	<u>DESPACHO</u>
<p>De: Enfª Maria Esmeralda Barros</p> <p>Para: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração</p> <p>C/Conhecimento: Exma Sra. Enfª Directora e Sro. Enfº Chefe do Bloco Operatório</p>	
<p>Assunto: Pedido de aplicação de questionário</p>	
<p>No âmbito da frequência do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e do desenvolvimento do Projeto de Intervenção no Serviço no decorrer dos Estágios I, II e III, sob orientação da Professora Doutora Alice Ruivo e do Sr. Enfermeiro Chefe Luís Franco, encontro-me neste momento a fundamentar o diagnóstico da situação, após uma pré-validação da área com o Sr. Enfermeiro Chefe do Bloco Operatório que se foca na “Monitorização e Gestão da Dor na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos do Bloco Operatório do <div data-bbox="1353 1122 1481 1167" style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 20px;"></div></p> <p><div data-bbox="161 1178 660 1229" style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 313px; height: 23px;"></div>, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados”. Assim, solicito a Vossa Exa. autorização para aplicar um questionário aos enfermeiros do Bloco Operatório da instituição, com o objetivo de conhecer a sua opinião sobre a temática em apreço e ainda recolher sugestões acerca da mesma (Anexo).</p> <p>Garantimos todos os aspetos éticos inerentes a um estudo deste tipo, nomeadamente a explicitação do consentimento informado e a garantia do anonimato e sigilo das fontes.</p> <p>Mantenho-me disponível para qualquer esclarecimento que considere adequado.</p> <p>Aguardo uma resposta o mais breve possível.</p> <p>Sem outro assunto.</p> <p>Os melhores cumprimentos.</p> <p>Maria Esmeralda Vicente Pereira Barros</p> <p>Mail: esmebarros@sapo.pt</p> <p>Telemóvel: 963544653</p>	

APÊNDICE V - Resultados Estatísticos do Questionário

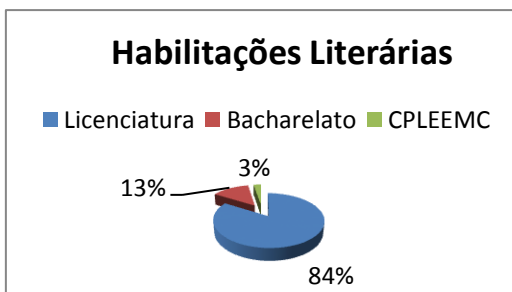
PARTE I



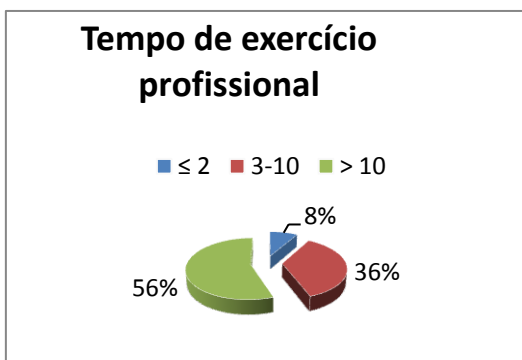
Pelo gráfico acima apresentado, verificamos que a população maioritária da amostra recolhida dos 36 enfermeiros a exercer funções no Bloco Operatório na prestação de cuidados, encontra-se nas idades entre os trinta e um e trinta e sete anos, e entre os vinte e quatro e os trinta anos de idade.



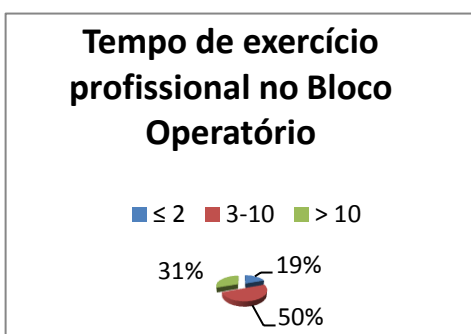
Pelo gráfico acima apresentado, verifica-se que a população maioritária a exercer funções no Bloco Operatório é do sexo feminino (75%) 27 enfermeiras.



Relativamente às Habilitações Literárias, verificamos que 13% dos enfermeiros possuem Bacharelato (5 enfermeiros), apenas 3% possuem a especialidade (1 enfermeiro) e 84% dos enfermeiros têm a licenciatura, (31 enfermeiros).



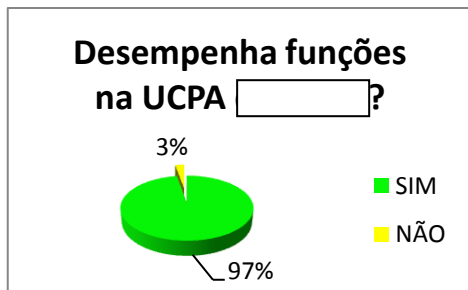
No que respeita ao tempo de exercício profissional, constata-se que 56% dos enfermeiros exercem funções há mais de 10 anos (20 enfermeiros), 36% exercem funções entre 3 e 10 anos (13 enfermeiros) e 8% exercem funções até aos dois anos inclusive (3 enfermeiros).



No que respeita ao tempo de exercício profissional no Bloco Operatório apenas 31% (7 enfermeiros) exercem funções há mais de 10 anos. Neste serviço 50% dos enfermeiros exercem funções entre os 3 e os 10 anos (18 enfermeiros).

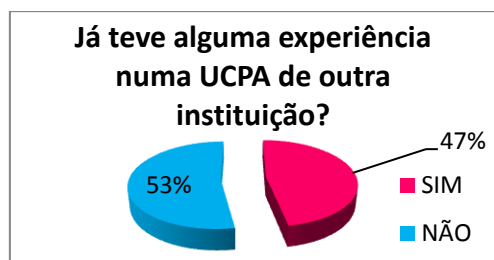
PARTE II

1)Desempenha funções na UCPA do



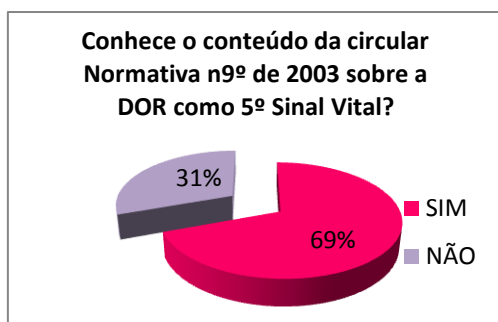
Deste gráfico, podemos constatar que a quase totalidade dos enfermeiros desempenham funções na UCPA, apenas 1 enfermeiro (3%) não exerce funções nesta unidade.

Já teve alguma experiência numa UCPA de outra instituição?



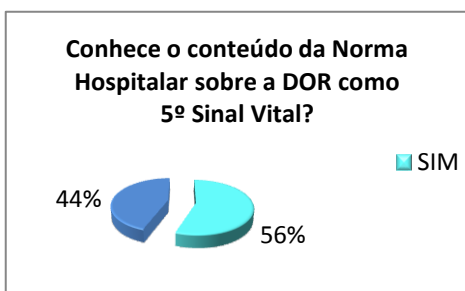
Deste gráfico, podemos constatar que 17 enfermeiros (47%) já tiveram experiência numa UCPA de outra instituição.

2) Conhece o conteúdo da Circular Normativa nº9 de 2003 da DGS sobre o tema “ A Dor como 5º Sinal Vital, registo sistemático da intensidade da Dor”?



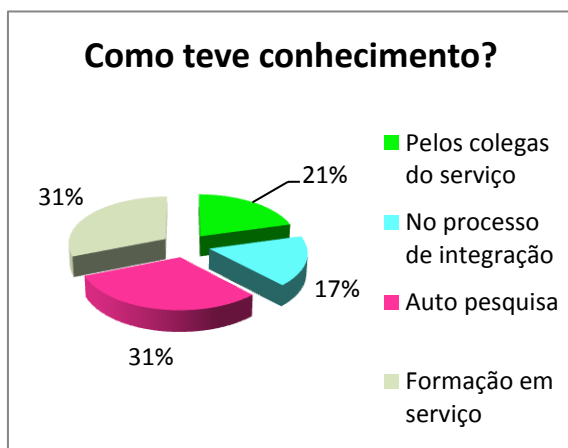
Relativamente a este gráfico, podemos constatar que 69% ou seja 25 enfermeiros desta amostra, conhecem o conteúdo da circular normativa nº9 da DGS.

3) Conhece o conteúdo da Norma Hospitalar do [] sobre o tema “A Dor como 5º Sinal Vital, registo sistemático da intensidade da Dor”?



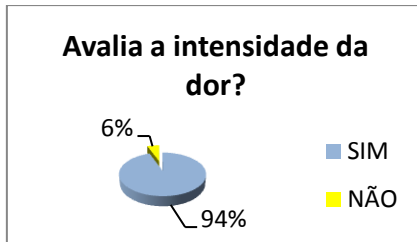
Relativamente a este gráfico 56% conhecem o conteúdo da norma hospitalar em vigor ou seja 20 enfermeiros.

3.1) Se respondeu sim, como teve conhecimento?



Pela leitura deste gráfico, verificamos que as formas de conhecimento mais relevantes desta norma hospitalar, sobre a Dor como 5º Sinal Vital foram a auto pesquisa e a formação em serviço, ambas com 31%, correspondente a 9 enfermeiros do serviço cada uma, 6 enfermeiros (21%) conheceram a norma pelos colegas do serviço e 5 enfermeiros (17%) no processo de integração.

4) Na sua prática clínica como enfermeiro da UCPA, avalia a intensidade da DOR?



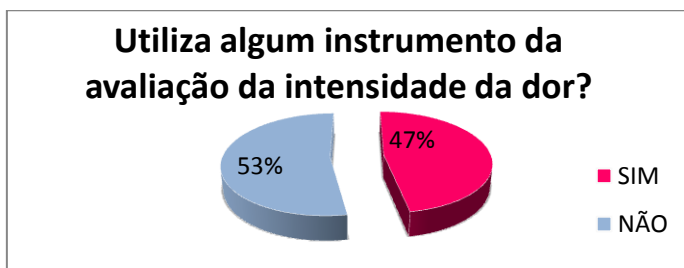
Neste gráfico podemos constatar que 34 enfermeiros (94%) avalia a intensidade da dor, apenas dois elementos não o fazem.

4.1) Faz o registo sistemático da Dor?



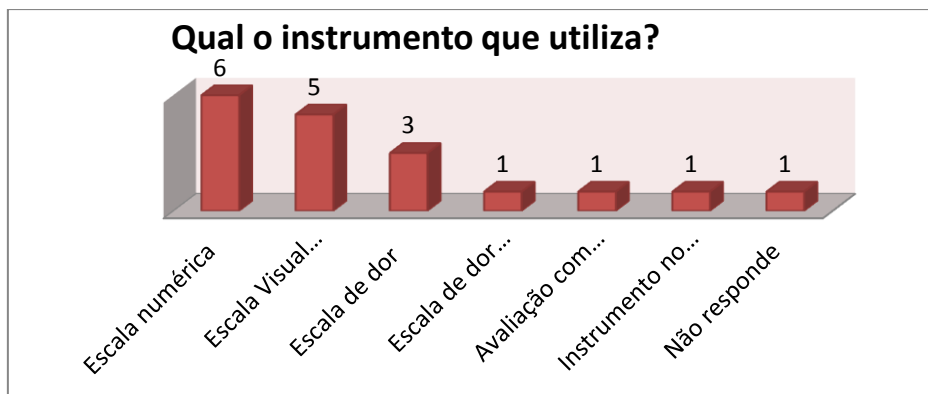
Neste gráfico verificamos que 25 enfermeiros (69%) fazem o registo da sistemático da dor mas que 11 dos enfermeiros (31%) não o fazem.

5) Utiliza algum instrumento da avaliação da intensidade da dor?



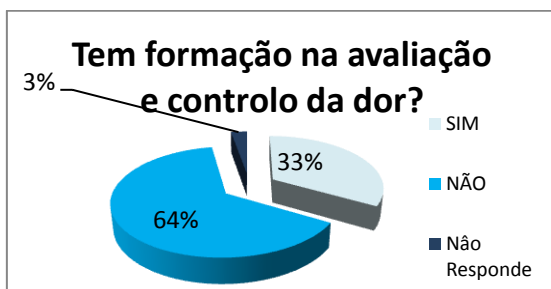
Neste gráficos verificamos que 19 enfermeiros (53%), não utiliza nenhum instrumento de avaliação da intensidade da dor e que 17 dos enfermeiros (47%) confirmam a sua utilização.

5.1) Se respondeu sim, qual o instrumento que utiliza?



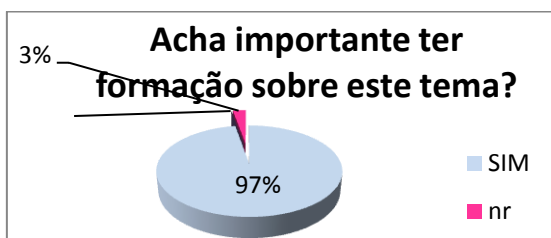
Relativamente a este gráfico, dos 47% enfermeiros confirmaram a sua utilização seis utilizam a escala numérica, cinco a escala visual analógica.

6) Tem formação na avaliação e controlo da dor?



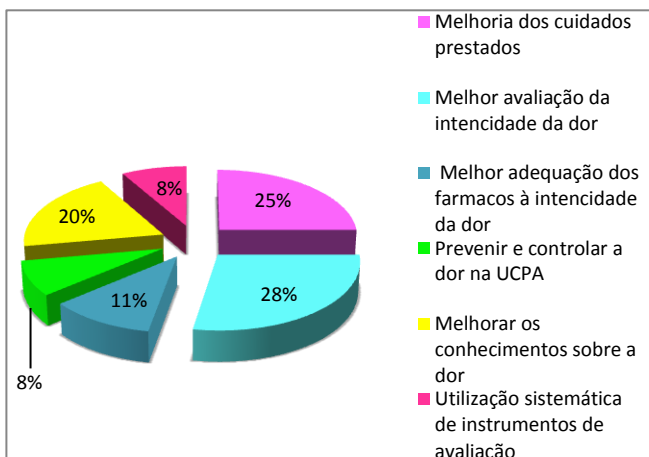
Neste gráfico, verificamos que a maioria dos enfermeiros ou seja 23 elementos (64%) não adquiriu formação na avaliação e controlo da dor, apenas 12 enfermeiros (33%) refere ter formação sobre a avaliação e controlo da dor e um enfermeiro não responde.

7) Acha importante ter formação sobre este tema?



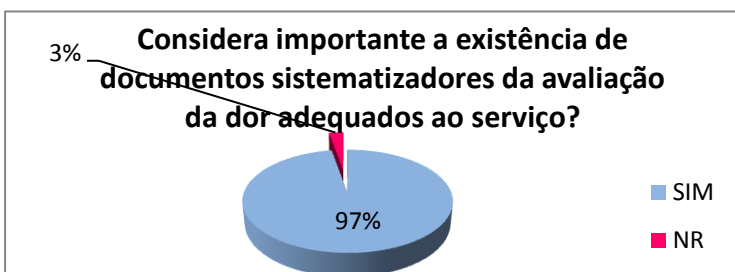
Relativamente a este gráfico, a quase totalidade da população de enfermeiros considera importante a necessidade de formação nesta área, ou seja 35 enfermeiros(97%).

7) Justifique a sua resposta.



Relativamente a este gráfico, verificamos que a justificação para a necessidade de formação nesta área para 10 enfermeiros (28%) prende-se com a necessidade de formação para uma melhor avaliação da intensidade da dor, para 9 dos enfermeiros (25%) a formação é necessária para uma melhoria dos cuidados prestados, 7 dos enfermeiros (20%) referem a importância de melhorar os conhecimentos sobre a dor, 11% ou seja 4 elementos salientam a importância da adequação dos fármacos à intensidade da dor, 8% ou seja 3 elementos consideram importante prevenir e controlar a dor na UCPA e os restantes 3 elementos (8%) referem a necessidade de formação sobre a utilização sistemática de instrumentos de avaliação da intensidade da dor.

8) Considera importante a existência de documentos sistematizadores da avaliação da dor, adequados ao serviço?



A grande maioria dos enfermeiros considera importante a existência de documentos sistematizadores da avaliação da dor que estejam adequados ao serviço.

APÊNDICE VI - Planeamento

Planeamento do Projeto

Estudante: Maria Esmeralda Vicente Pereira Barros	Orientador: Enfermeiro Luís Franco Docente: Professora Doutora Maria Alice Ruivo
Instituição: <input type="text"/>	Serviço: Bloco Operatório
Título do Projeto: Monitorização e Gestão da Dor na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos	
<p>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):</p> <p>OBJECTIVO GERAL</p> <p>Melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem na dimensão da monitorização e gestão da dor na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos do <input type="text"/></p> <p>OBJECTIVOS Específicos</p> <p>Adequar a norma de Intervenção de Enfermagem de avaliação da dor na UCPA; Elaborar padrão de documentação de registo sistemático da dor; Formar e treinar a equipa relativamente à avaliação, gestão e registo da dor;</p>	

Elaborar caderno temático sobre a problemática em questão.

Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)

Enfermeiro responsável do Bloco Operatório;

Enfermeiro orientador de Estágio;

Diretor Serviço de Anestesia;

Enfermeiro Supervisor da Área;

Enfermeiro Responsável pela Formação em Serviço;

Equipa de Enfermagem do Bloco Operatório;

Departamento Informática.

Data:5/04/ 2013

Assinatura: Maria Esmeralda Vicente Pereira Barros

Objectivos Específicos	Actividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Adequar a norma de intervenção de Enfermagem de avaliação da dor na UCPA	Pesquisa bibliográfica sobre o tema da Dor em: <ul style="list-style-type: none"> - bases de dados, - Normas da DGS, da Instituição, - Ordem dos Enfermeiros, 	Aluna;	Material Didático e informático	Abril, Maio e Junho	Apresenta a Norma atualizada.
	Revisão da norma de Intervenção de Enfermagem de avaliação da dor na UCPA em vigor; se necessário; Apresentação das alterações ao enfermeiro orientador, à professora e enfermeiros do serviço e recolha de sugestões; Divulgação da Norma revista/atualizada aos enfermeiros do serviço pelo mail do serviço;	Enfermeiro orientador do estágio; Enfermeiro Responsável do serviço; Professora Enfermeiros do serviço			
Elaborar padrão de documentação de registo	Pesquisa bibliográfica sobre instrumentos de registo em documentos de outros serviços e de outras instituições; Elaboração de protótipo do documento padrão de registo	Aluna; Enfermeiro orientador de	Material informático e didático	Meses de Maio e	Apresenta o protótipo do

sistemático da dor	<p>sistemático da dor;</p> <p>Distribuição pela equipa;</p> <p>Recolha de sugestões;</p> <p>Realização das alterações sugeridas pela equipa de enfermagem; pelo enfermeiro orientador e pela professora, caso seja necessário;</p> <p>Proceder a novas alterações, caso seja necessário;</p> <p>Apresentação de padrão de documentação de registo sistemático da dor aos enfermeiros do serviço através de reunião de equipa de enfermagem para o registo sistemático da dor nos cuidados pós-operatórios (UCPA).</p> <p>Divulgação do novo documento padrão de registo sistemático da dor, aos enfermeiros através do mail do serviço;</p> <p>Solicitação da aprovação do documento de registo sistemático da dor, com a autorização do Enfermeiro responsável do serviço;</p>	<p>estágio e responsável do serviço;</p> <p>Enfermeiros do serviço</p> <p>professora</p> <p>Enfermeiros do serviço;</p> <p>Enfermeiro responsável do serviço;</p> <p>Professora</p> <p>enfermeira supervisora;</p>		Junho	<p>documento;</p> <p>Apresenta o documento final;</p> <p>Aprovação do documento por parte do enfermeiro orientador e responsável do serviço, professora, enfermeira supervisora, enfermeiros do serviço</p> <p>Apresenta o instrumento de avaliação de dor;</p>
--------------------	---	--	--	-------	---

Formar e treinar a equipa relativamente à avaliação, gestão e registo da dor.	<p>Pesquisa bibliográfica sobre instrumentos de avaliação de dor;</p> <p>Execução de plano de sessão de formação;</p> <p>Preparação de apresentação em suporte informático;</p> <p>Divulgação da sessão de formação;</p> <p>Informação do carácter de dever e de obrigatoriedade de avaliar e registar a dor, presente na norma hospitalar de procedimentos de enfermagem, bem como na circular normativa nº9 da Direção Geral da Saúde de 2003.</p> <p>Realização da sessão sobre a avaliação, gestão e registo da dor;</p> <p>Avaliação da sessão.</p>	<p>Aluna;</p> <p>Enfermeiro orientador e responsável do serviço;</p> <p>Professora</p> <p>Enfº responsável da formação;</p> <p>Equipa de enfermagem;</p>	Material informático e didático	Mês de Junho	<p>Apresenta o plano da sessão;</p> <p>Registo presencial das sessões;</p> <p>Apresenta os resultados da avaliação das sessões;</p>
---	--	--	---------------------------------	--------------	---

Elaborar caderno temático sobre a problemática em questão	<p>Pesquisa bibliográfica sobre o tema da dor;</p> <p>Elaboração de caderno temático,</p> <p>-Informação das normas vigentes sobre a Dor como 5º sinal vital;</p> <p>-Planeamento na monitorização e gestão da dor;</p> <p>Apresentação de caderno temático ao orientador;</p> <p>Recolha de sugestões;</p> <p>Divulgar a realização do caderno temático sobre a dor, através de mail do serviço.</p>	<p>Aluna;</p> <p>Enfermeiro orientador e responsável do serviço;</p> <p>Enfermeiro responsável pela formação;</p> <p>Enfermeiros do serviço.</p>			Apresentação de caderno temático sobre a dor.

Cronograma :	Mês/Semana Actividades a desenvolver	Abril 2013			Maio 2013				Junho 2013				Julho 2013		
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª
	Pesquisa Bibliográfica sobre a Dor														
	Revisão da Norma de Intervenção de Enfermagem na UCPA														
	Divulgação da Norma actualizada														
	Elaboração de dossier temático sobre a Dor														
	Divulgação de Caderno Temático sobre a Dor														
	Pesquisa bibliográfica sobre instrumentos de registo														
	Apresentação do documento de registo sistemático da dor;														
	Solicitação da aprovação do documento de registo sistemático da dor;														
	Pesquisa bibliográfica sobre instrumentos de avaliação de dor;														
	Sessão de formação sobre o instrumento de avaliação e registo de Dor														
	Implementação efectiva do instrumento de avaliação e registo de dor														

Orçamento:

Recursos Humanos:

Enfermeiros(Responsável do serviço, orientador, responsável pela formação em serviço) e enfermeiros do serviço.

Pessoal do Gabinete de formação.

Serviço de informática.

Recursos Materiais:

Material informático(Computador informático e data Show)

Sala de Formação

Fotocopiadora

Papel para impressos

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Apreensão da equipa perante a necessidade de mudança de comportamentos na monitorização e gestão da dor na UCPA; incluir nas reuniões de equipa e nos momentos formativos explicitação dos benefícios deste instrumento na melhoria dos cuidados prestados.


Dificuldade na adaptação da equipa a um instrumento de avaliação da dor; explicitação do benefício de uma avaliação eficaz da dor na melhoria dos cuidados.

Dificuldade na adaptação da equipa à necessidade do registo sistemático da dor; explicitação da importância de um melhor controle da dor.

Constrangimento de passar o documento de registo sistemático da dor para suporte informático; pedir o apoio dos técnicos de informática desta necessidade.

Data: 20/03/ 2013 Assinatura: Maria Esmeralda Vicente Pereira Barros Docente: Professora Doutora Maria Alice Ruivo

APÊNDICE VII - Norma

	<p align="center">NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM</p>
<p>ASSUNTO:</p> <p align="center">INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA UCPA</p>	

0 – NOTA INTRODUTÓRIA

A AESOP define a enfermagem perioperatória como

“o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual, o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados do trabalho realizado”.

A EORNA enuncia que

“A enfermagem Perioperatória é composta pelas actividades de enfermagem nas três fases de assistência cirúrgica do doente/família no pré, intra e pós-operatório, englobando numa maior amplitude a educação do doente/família, aconselhamento e levantamento de dados e avaliação”.

I. DEFINIÇÃO:

Conjunto de acções desenvolvidas pelos enfermeiros que integram um conjunto de saberes técnicos, científicos e relacionais visando o bem-estar e segurança física e emocional do indivíduo no período pós-anestésico e pós-operatório imediato.

II. OBJECTIVOS:

- Detetar precocemente sinais e sintomas de alarme;
- Antecipar e prevenir as possíveis complicações anestésicas e cirúrgicas;

- Possibilitar a atuação imediata e de elevada competência na presença das possíveis complicações;
- Restabelecer o equilíbrio fisiológico do doente;
- Prevenir a dor;
- Promover o conforto e segurança do doente/família;
- Facilitar o processo de recuperação do doente.
- Estabelecer um plano de cuidados individualizado para a continuidade dos cuidados;

III. Informações Gerais

A- Quem executa:

- Os enfermeiros distribuídos para a prestação de cuidados na UCPA.
- Qualquer enfermeiro do serviço (Bloco Operatório) desde que surjam necessidades que justifiquem a sua mobilização para a referida unidade.

B- Horário:

Sempre que se verifique a permanência de clientes na UCPA.

C- Orientações quanto à execução:

De acordo com Galvão, et al (2002) a sistematização dos cuidados de enfermagem no período perioperatório proporcionam uma assistência integral e individualizada ao doente cirúrgico e família, possibilitando a implementação de intervenções que respondam às reais necessidades do doente, minimizando a sua ansiedade e os riscos inerentes ao procedimento anestésico e cirúrgico.

A prestação dos cuidados na UCPA exige que os enfermeiros sejam detentores de um conjunto de saberes que permitam adequar a prática à evolução científica e tecnológica e simultaneamente às necessidades específicas de cada indivíduo/família, contribuindo desta forma para uma prestação de cuidados de qualidade.

A diversidade de situações que caracterizam a enfermagem perioperatória obriga a que estejam presentes os seguintes indicadores/ requisitos:

- Consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza manual, espírito crítico, resposta rápida a emergências e controlo do stress.

- O desenvolvimento destas competências / habilidades exige reflexão sistemática da prática diária e formação contínua.
- Os enfermeiros prestadores de cuidados nestas unidades deverão ainda implementar metodologias de trabalho que permitam uma coordenação de equipa e sejam eficazes nas intervenções a realizar.
- Estabelecer prioridades de atuação, gerir bem o tempo e a adequação de recursos são estratégias essenciais para o sucesso da ação de enfermagem.

Apesar das unidades de cuidados pós-anestésicos serem unidades muito particulares, cuja filosofia excluía a família no processo de cuidados que aí ocorre, fato esse já não é tão frequente, pois em situações especiais, como por exemplo, clientes que permaneçam na unidade por um

período mais prolongado, proporciona-se a presença do familiar significativo e/ou fornece-se informações atualizadas da situação do doente. A impossibilidade de estar presente e ter uma noção mais objetiva do que se passa exacerba o nível de ansiedade pelo que, desde que o familiar manifeste vontade, salvaguardando-se situações especiais, para as quais deverá ser devidamente preparado, poderá proporcionar-se a sua presença. Esta decisão deverá ser ponderada em equipa e não deverá interferir com a dinâmica de cuidados da unidade e com a privacidade de outros clientes.

Em situações pediátricas e atendendo à sua vulnerabilidade e à necessidade de reduzir o stress da separação dos pais/pessoas significativas reforça-se o critério preconizado no regulamento do serviço de permitir a presença dos pais/pessoas significativas desde que demonstrem vontade e possuam competências para serem implicados no processo de cuidados nesta unidade.

Tendo em conta a rotatividade de clientes, a dotação de enfermeiros nesta unidade é de dois enfermeiros no turno das 8 horas às 15 horas, período durante o qual se realiza cirurgia programada e cirurgia de urgência.

Às segundas e quintas feiras o programa de cirurgia é contínuo, pelo que a dotação nestes dias é de mais um enfermeiro das 14h às 21h.

Nos turnos da tarde e noite, período durante o qual só se realiza a cirurgia de urgência, a dotação é de um enfermeiro.

No período da manhã (8 horas às 15 horas) o rácio que se preconiza idealmente de enfermeiro/doente é de um enfermeiro para três clientes, exigindo-se que cada enfermeiro

assuma a responsabilidade integral dos clientes desde o seu acolhimento até à alta da unidade.

O tempo médio de permanência é de 1 hora, no entanto está preconizado em regulamento do serviço que os clientes podem permanecer nesta unidade até um período de 12 horas se a situação o justificar. Se o estado clínico de algum doente se agudiza ou apresenta instabilidade hemodinâmica e necessita de cuidados diferenciados como por exemplo ventilação assistida, poderá permanecer nesta unidade, se não houver vagas na unidade de cuidados diferenciados, durante 24 horas, ou até que fique hemodinamicamente estável e seja depois encaminhado para o serviço de internamento, ou unidade de cuidados diferenciados e eventualmente outra unidade hospitalar, conforme a situação clínica do doente.

Face a esta panorâmica os enfermeiros terão de ter conhecimentos e experiência na área de práticas intensivistas, podendo dessa forma agir em conformidade com as necessidades dos clientes.

O doente não deverá ser transferido para a unidade de internamento/ outro serviço sem que a alta clínica esteja assegurada pelo anestesista.

Os enfermeiros que prestam cuidados nesta unidade são responsáveis por controlar toda a atividade que aí decorre devendo exigir a manutenção de um ambiente calmo e seguro para o bem-estar físico e emocional dos clientes. Deverão mobilizar o assistente operacional distribuído para apoio à actividade da unidade sempre que considerarem pertinente.

O enfermeiro chefe como gestor do serviço poderá proceder a ajustamentos na unidade e na dotação de enfermeiros consoante as necessidades.

A UCPA deverá em cada turno estar também dotada de um Assistente Operacional, que colaborará com os enfermeiros e terá também funções próprias relacionadas com a preparação e higienização da unidade.

IV. MATERIAL E EQUIPAMENTO

- Material de consumo clínico diverso (seringas, agulhas, sondas, algalias, compressas, drenos...)
- Produtos farmacológicos diversos (soros, medicação injectável, outros...)
- Equipamento diverso (monitorização e respectivos sensores, ventilação assistida, perfusoras, aquecedores de fluidos, desfibrilhador, rampa de gases e vácuo, aquecedores para normalização da temperatura corporal...)
- Carro de urgência devidamente apetrechado (de acordo com a norma estabelecida)
- Outro material de apoio (suportes para soros, lençóis aquecidos, almofadas, cobertores, edredons de aquecimento...)

V. PROCEDIMENTO

Intervenções de Enfermagem	Justificação
<p>1. Preparar a unidade para acolher o doente</p> <p>1.1 Verificar a higienização e arrumação geral da unidade.</p> <p>1.2 Verificar se os recursos necessários estão disponíveis.</p> <p>1.3 Certificar-se se o equipamento está funcional.</p> <p>1.4 Informar o enfermeiro chefe e/ou substituto de qualquer falha identificada e que saia do seu âmbito de resolução.</p> <p>2. Acolher o doente</p> <p>2.1 Colaborar no transfer do doente da marquesa operatória para a marquesa da UCPA.</p>	<p>Contribui para a segurança dos clientes</p> <p>Facilita a organização do trabalho</p> <p>Permite identificar desvios e corrigi-los por antecipação.</p> <p>Evita desperdícios de tempo</p> <p>Permite a identificação de falhas e sua resolução atempada.</p> <p>Contribui para a segurança dos clientes e para a estabilidade de actuação dos enfermeiros.</p> <p>Denota consciência e responsabilidade profissional</p> <p>Evita movimentos mais intempestivos para o doente.</p> <p>Previne quedas e/ou outros traumatismos.</p> <p>Promove o conforto.</p>

Intervenções de Enfermagem	Justificação
<p>2.2 Receber informação verbal/escrita (em documento próprio) inerente ao ato anestésico/cirúrgico pelos enfermeiros e anestesista da sala operatória, nomeadamente o nome, idade, diagnóstico, antecedentes médico/cirúrgicos, procedimentos cirúrgico e anestésico realizados, possíveis complicações cirúrgicas e ocorrências intra-operatórias, sinais vitais, fluidos administrados e eliminados.</p> <p>2.3 Colocar o doente na unidade previamente preparada.</p> <p>3 Intervenções de Enfermagem na avaliação cardiovascular</p> <p>Monitorizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frequência cardíaca, saturação periférica de oxigénio; • Avaliação hemodinâmica - Tensão arterial (não invasiva ou invasiva) • Monitorizar temperatura, coloração da pele e preenchimento ungueal • Vigiar pensos e drenagens. • Administrar sangue e derivados, se prescrito. <p>4 Intervenções de Enfermagem na avaliação da função respiratória</p> <p>❖ Observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O estado geral: • Cor da pele e mucosas • Perfusão periférica • Estado de consciência • Permeabilidade das vias aéreas • Posicionar o doente de modo a facilitar a ventilação. <p>❖ Avaliar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O ritmo e frequência respiratória • Avaliar a oximetria (SpO2) com dispositivo de monitorização • Interpretar resultados dos gases no sangue arterial, quando disponível • Avaliar o ritmo e frequência cardíaca 	<p>Recolhe dados relevantes para a continuidade de cuidados.</p> <p>Permite condições ajustadas à situação e de acordo com o planeamento prévio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permite colher dados para a identificação de problemas. • Permite individualizar os cuidados. • Despiste complicações: • Hemorragia • Hipo/hiperventilação etc. • Estabiliza a função circulatória. <ul style="list-style-type: none"> • Permite boa expansão pulmonar. • Despiste de hipo ou hiperventilação. • Previne complicações. • Manter a permeabilidade das vias aéreas • Facilitar a ventilação • Promover o bem-estar • Facilita a continuidade dos cuidados.

<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a expansão torácica e padrão respiratório • A capacidade para respirar e o reflexo de tosse. • Necessidade de fornecer aporte de Oxigénio • Necessidade de Prótese ventilatória • Dor 	
<p>5 Intervenções de Enfermagem ao doente submetido a técnicas anestésicas e cirúrgicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar estado de consciência. • Identificar sinais verbais e não-verbais de desconforto/ Dor. • Avaliar sistematicamente <ul style="list-style-type: none"> • Parâmetros vitais. • Desconfortos (náuseas, vômitos, outras reações que possam estar relacionadas com o ato anestésico/cirúrgico). • Avaliar Drenagens (Tipo, permeabilidade; características do conteúdo e sua quantificação). • Avaliar Temperatura corporal. • Monitorizar glicémia capilar, quando solicitado. • Implementar medidas de segurança, com grades elevadas • Avaliar localização e características do penso. • Verificar acessos venosos periféricos e centrais (permeabilidade e soluções em perfusão). • Verificar soluções em perfusão: localização das linhas, tipo e quantidade das soluções infundidas. • Verificar transfusões de sangue e derivados. • Interpretar valores laboratoriais, quando disponível 	<p>Despiste de complicações Facilita a continuidade dos cuidados</p>
<p>6 Intervenções de Enfermagem na manutenção e/ou melhoria da função renal e equilíbrio hidro-eletrolítico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorização de sinais vitais • Vigiar função renal e equilíbrio hidro-electrolítico. 	<p>Despistar complicações. Manter volémia adequada. Reconhecer sinais e sintomas de hipo ou hipervolémia Manter sinais vitais dentro dos parâmetros normais.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar débito urinário e características. • Vigiar fluidos intravenosos administrados • Vigiar locais e permeabilidade dos acessos venosos • Manter assepsia dos cateteres, tendo em conta as recomendações do CDC, 2011. • Vigiar locais de inserção e permeabilidade das drenagens. • Vigiar presença de náuseas e vômitos. • Realizar balanço hídrico (se justificado). 	
---	--

Intervenção de enfermagem	Justificação
<p>7 Intervenções de Enfermagem na avaliação das alterações sensório- motoras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a sensibilidade tátil e das extremidades • Avaliar a resposta motora e força muscular 	<p>Despiste de complicações Monitorizar a reversão do bloqueio sensitivo-motor.</p>
<p>8 Intervenções de Enfermagem na promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assegurar o conforto do doente. • Evitar movimentos intempestivos e desnecessários. • Posicionar adequadamente, tendo em conta as técnicas anestésica e cirúrgica a que o doente foi submetido. • Utilizar mecanismos de aquecimento corporal. • Evitar a torção dos cabos de monitorização, sistemas de soros e outros, assim como o seu posicionamento sob a superfície corporal • Manter o doente com um aspecto cuidado. • Promover um ambiente calmo. • Manter a roupa da cama limpa e sem rugas. • Manter a higiene corporal. • Respeitar a privacidade. • Ter em atenção á comunicação não verbal • Demonstrar disponibilidade para o doente/família ou pessoas significativas. • Permitir a expressão de sentimentos/ dúvidas e receios. • Esclarecer dúvidas recorrendo a uma relação de confiança e ajuda. • Informar sobre todos os procedimentos (o que vai fazer, o que vai sentir, como pode colaborar). 	<p>Promove o bem-estar físico e emocional do doente. Facilita a recuperação. Favorece o bem-estar. Estabelece uma relação de confiança e segurança do doente/família. Reduz a ansiedade. Favorece a cooperação no processo de cuidados.</p>

Intervenção de Enfermagem	Justificação
<p>9 Intervenções de Enfermagem na avaliação, prevenção e tratamento da dor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar a dor e avaliar as suas características. • Utilizar escala de dor protocolada (escala verbal numérica) (Anexo I); • Utilizar escala de dor BPS para clientes que não comunicam, sedados e ventilados (Anexo I); • Administrar terapêutica analgésica e aguardar sua eficácia. • Proporcionar posicionamentos adequados. • Gerir técnicas de relaxamento. • Facilitar a mobilidade versus limitar a atividade do doente. • Promover ambiente calmo e seguro com diminuição dos estímulos sensoriais. • Manter o utente aquecido com os dispositivos necessários. <p>10. Consultar o processo do doente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar antecedentes. • Avaliar situação atual. • Avaliar procedimentos efetuados (anestésicos/ cirúrgicos) e intercorrências. <p>11. Estabelecer um plano de cuidados individualizado. (problemas reais e potenciais).</p> <p>11.1 Implementar o plano de cuidados.</p> <p>11.2 Analisar o resultado das intervenções.</p> <p>11.3. Informar o médico (anestesista/ cirurgião) de qualquer sinal de alarme/ complicação.</p> <p>11.4 Efetuar registos sistematizados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação efetuada • Problemas identificados • Ações desenvolvidas 	<p>Diminuição/ausência da dor Promover o conforto e bem-estar</p> <p>Fornecer dados que facilitam a compreensão de algumas reações do doente. Contribui para a elaboração de um plano de cuidados individualizado. Previne complicações</p> <p>Permite orientações para a continuidade de cuidados. Adequa a intervenção de enfermagem às necessidades do doente Permite colher dados para a identificação de problemas. Permite individualizar os cuidados.</p> <p>Contribui para prevenção e resolução de problemas</p> <p>Avalia a eficácia do plano e a necessidade de reformulação. Permite introduzir medidas de intervenção adequadas às necessidades dos clientes.</p>

<ul style="list-style-type: none"> Resultados das intervenções 	Transmite de forma global os cuidados prestados e a eficácia e ou ineficácia das ações desenvolvidas.
---	---

Intervenção de Enfermagem	Justificação
<p>11.5 Intervenções de Enfermagem Aplicar escala de Aldrete como critério de avaliação para a alta. (Anexo II).</p>	<p>Permite que a alta seja efetuada com segurança.</p> <p>Utilizar como guideline para a avaliação da recuperação anestésica do doente.</p> <p>Instituir critérios que o doente deve atingir antes de ser transferido para o internamento.</p>
<p>11.6. Informar o doente quanto à alta.</p>	<p>Contribui para uma maior tranquilização do doente quanto à evolução da sua situação.</p>
<p>11.7 Contactar o serviço de internamento ou outra unidade.</p>	<p>Garante que em tempo útil se processe a transferência do doente.</p>
<p>11.8 Reavaliar</p> <ul style="list-style-type: none"> O estado geral. Estado de consciência Parâmetros vitais Presença de reflexo de tosse e deglutição Mobilidade Sensibilidade Força muscular Nível de dor Penso Perfusões Drenagens 	<p>Garante se estão reunidas com segurança as condições de transferência.</p>
<p>11.9 Retirar cabos de monitorização</p>	<p>Preparar o doente para a saída da unidade.</p>

Intervenção de Enfermagem	Justificação
12 Efectuar o transporte do doente para o transfere externo só quando o enfermeiro/a da unidade/serviço chegar ao bloco.	Previne riscos e que qualquer situação de instabilidade comprometa a situação do doente, sem que estejam acessíveis as condições para intervir.
13 Efectuar o transfere do doente com uma atitude suave.	Promove o conforto do doente.
14. Transmitir verbalmente a informação pertinente e acompanhada de toda a documentação onde estejam registados todos os fatos do perioperatório, nomeadamente os procedimentos cirúrgico e anestésico, ocorrências operatórias relevantes, estado do doente à entrada e saída da unidade, localização de pensos, drenos e cateteres e níveis de soros e drenagens.	Facilita a continuidade de cuidados. Permite zelar por um ambiente seguro. Contribui para manter a funcionalidade da unidade.
15 Providenciar a higiene e arrumação da unidade e equipamento.	Revela espírito de equipa e respeito pelo trabalho desenvolvido na unidade.
16 Repor material utilizado.	
17 Manter a unidade sistematicamente funcional.	

VI. REGISTOS

- Nome do doente, nº processo
- Data e hora

- Observação, cuidados prestados e resultados obtidos. (nas diferentes áreas de atuação o enfermeiro efetua os registos em suporte papel e/ou informático), de acordo com o ponto V – Intervenções de Enfermagem
- Assinatura legível e nº mecanográfico

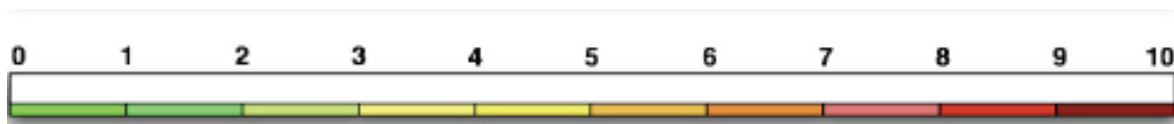
VII. MONITORIZAÇÃO

O procedimento será monitorizado através de observação mensal do cumprimento das intervenções definidas.

Para o efeito será utilizada a grelha de observação em anexo.

ANEXO I

Escala Verbal Numérica - EVN



O doente deve fazer a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a Classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

Expressão Facial	
Relaxada	1
Ligeiramente contraída (p.ex.: sobrancelhas arqueadas)	2
Contração franca (p.ex.: pálpebras cerradas)	3
Fácies de Dor	4
Membros Superiores/Inferiores	
Sem movimento	1
Parcialmente flectidos e tensos	2
Rígidos com dedos crispados/cerrados	3
Totalmente contraídos/rígidos	4
Adaptação Ventilatória	
Adaptado	1
Adaptado com acessos de tosse esporádicos	2
Desadaptação/bloqueio ventilatório frequente	3
Bloqueio ventilatório constante	4

Avalia a dor em clientes que não comunicam sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjectivo, usando a observação de comportamentos como indicador.

Score Mínimo: 3

Score Máximo: 12

Score ≥ 4 – Intervenção terapêutica

ANEXO II
ESCALA DE ALDRETE

ACTIVIDADE:

- 2 - Capacidade de mobilização das 4 extremidades voluntariamente.
- 1 - Capacidade de mobilização das 2 extremidades quando solicitado
- 0 - Incapacidade de mobilização

RESPIRAÇÃO:

- 2 - Capacidade de respirar fundo e tossir
- 1 - Dispneia ou respiração limitada
- 0 - Apneia

ESTADO DE CONSCIÊNCIA:

- 2 - Acordado completamente
- 1 - Acordável quando chamado
- 0 - Sem resposta

DOR:

- 2 - Rosado
- 1 - Pálido, Manchado, ictérico
- 0 - Cianosado

CIRCULAÇÃO:

- 2 - Tensão Arterial +/- 20% Tensão Arterial sistólica pré- anestésica
- 1 - Tensão Arterial de 21 a 50% Tensão Arterial sistólica pré-anestésica
- 0 - Tensão 51% Tensão Arterial sistólica pré-anestésica

PONTUAÇÃO 0-10

ALTA DO RECOBRO- ESCALA > 8

ANEXO III

Guia Monitorização (TABELA)

1- Pré-Admissão –

- Preparou a Unidade do Doente
- Verificou os recursos materiais
- Certificou-se da funcionalidade do equipamento.

2 – Admissão do doente

- Verificou a identificação do doente
- Recebeu informação dos enfermeiros da Sala
- Fez observação geral do doente
- Monitorizou o doente (FC,TA; Temp,SPO2 e Dor)

3 – AVALIAÇÃO DO DOENTE

- Avaliou o estado de consciência
- Avaliou FC
- Avaliou TA
- Avaliou a temperatura
- Avaliou SPO2
- Avaliou e monitorizou a dor
- Fez ajustes mediante os sinais vitais
- Observou Pensos
- Observou Drenagens
- Observou locais de inserção dos cateteres
- Observou fluidos intravenosos
- Avaliou a sensibilidade tátil e das extremidades
- Demonstrou disponibilidade

4 – Monitorização Continua

- Reavalia o doente

5 – Registos

- Efetuou os registos

Legenda

- S-Sim
- N-Não
- NA-Não Aplicável
- Notas

Ass. Do Observador-----; nº mecº-----

APÊNDICE VIII – Documento de registo sistemático da Dor

Bloco operatório - UCPA

Nº de Cama

Data de Admissão

Data Actual

Nº de Folha

/ /

/ /

Behavioral Pain Scale**Expressão Facial**

Relaxada	1
ligeiramente	
contráida	
(p.ex:sobrancelhas	2
arqueadas)	
Contracção franca	
(p. ex: pálpebras	3
cerradas)	
Faceis de Dor	4

Membros Superiores: inferiores

Sem movimento	1
Parcialmente flectidos e tensos	2
Rígidos com dedos crispados/cerrados	3
Totalmente contraídos/rígidos	4

Adaptação Ventilatória

Adaptado	1
Adaptado com acessos de tosse esporádicos	2
Desadaptação/bloqueio ventilatório frequente	3
Blqueio ventilatório constante	4

Score

Rubrica _____

Nº Mec. _____

APÊNDICE IX – Formação Monitorização e Gestão da Dor na UCPA

MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA



2º Curso de Mestrado em
Enfermagem Médico-cirúrgica

Esmeralda Barros

Setembro, 2013

MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA

Objetivos



- Relembrar de forma sumária conhecimentos sobre a dor;
- Promover a reflexão sobre a problemática da avaliação da dor;
- Apresentar as escalas de avaliação de dor, protocoladas e a sua aplicabilidade (Numérica e Behavioral Pain Scale);
- Evidenciar o papel do Enfermeiro na avaliação e controlo da dor.
- Refletir sobre a orientação da Boa Prática da Ordem dos Enfermeiros;

2

MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA

DOR

A Dor tem um significado próprio para cada pessoa, no entanto, continua a ser complexo descrever a própria dor e ainda mais difícil descrever a dor do outro (Barreira e Gomes, 2010).



3

MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA



“ A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual, real ou potencial, ou que pode ser descrita de acordo com as manifestações próprias de tal lesão”.

(IASP, 1986)



4

MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA



Direcção-Geral da Saúde

Circular Normativa

Assunto: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor

Nº 06/DGCG
Data: 14/06/2003

I – NORMA

Atendendo a que:

- A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.
- O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.
- Existem, actualmente, diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da Dor.
- Para além das Unidades já existentes, estão a criar-se novas Unidades de Tratamento da Dor, ao abrigo do consignado no *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*.
- O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes.
- A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

A Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas e depois de ouvida a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, institui, através da presente Circular, a “Dor como o 5º sinal vital”.

5

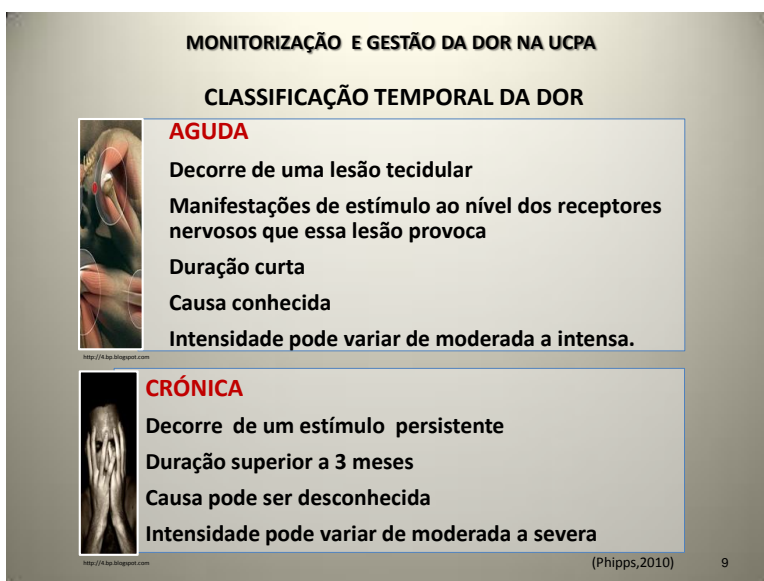
MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA

DIMENSÃO DA EXPERIÊNCIA DOLOROSA



(Metzger, 2002)

6



Sufrimento

Físico/Psíquico

Repercussões no organismo

Endócrinas
Metabólicas
Cardiocirculatórias
Respiratórias

((Urden et al, 2006)



10

QUANDO AGUDA, A DOR ESTÁ ASSOCIADA:

- Alteração do comportamento
- Angústia, stresse
- Aumento da TA
- Aumento da FC
- Alteração do diâmetro pupilar
- Aumento do nível plasmático de cortisol



((Urden et al, 2006)

11

A Dor pós-operatória não aliviada tem como consequências :

- Aumento da frequência cardíaca;
- Aumento da pressão arterial;
- Aumento da resistência periférica;
- Maior risco de disritmias;
- Diminuição do débito cardíaco;
- Risco de atelectasias;
- Aumenta a resposta ao stresse;
- Enfraquecimento do sistema imunitário;
- Atraso na cicatrização.



((Phipps, 2010)

12

MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA

AVALIAÇÃO DA DOR É:

“...um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde...”

Dor como 5º Sinal Vital – Circular Normativa nº 9 - DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE

13

MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA

A DGS ao instituir a dor como 5º sinal vital, preconiza que a presença de **dor** e a sua **intensidade** devem ser sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. (DGS, 2003).



OliveiraJunior.blogspot.com

14

MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA

Na UCPA, a dor pós-cirúrgica é uma realidade problemática, com que os enfermeiros se confrontam diariamente, na sua prática de cuidados.

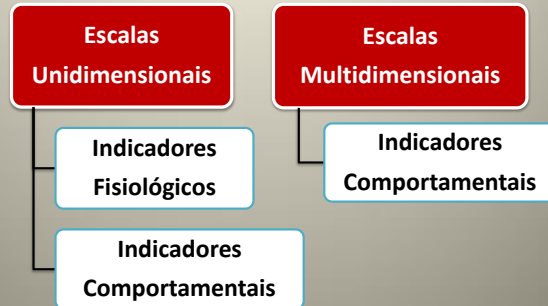
Para intervirem na promoção e controlo da dor, é fundamental a existência de instrumentos de avaliação de dor e o seu registo de forma sistemática.

“A avaliação da dor deve basear-se em critérios precisos, que constem dum processo bem estruturado, conhecido por todos e que cada um possa reproduzir” (METZER, 2002).

15

MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA

Escalas de Avaliação de Dor



(Manual da dor crónica, 2013)

16

MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA

Indicadores Fisiológicos

- Frequência Cardíaca
- Frequência Respiratória
- Tensão Arterial

Indicadores Comportamentais

- Expressão Facial
- Aumento do tônus muscular
- Presença de movimentos ou posturas antiálgicas
- Adaptação à VM

(Urden et al, 2006)

17

MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA

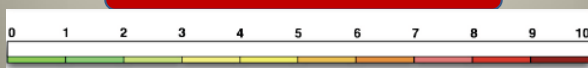
ESCALA UNIDIMENSIONAL

Escala de Auto-Avaliação

Avalia globalmente a dor segundo o grau de intensidade

Escala Protocolada

Escala Verbal Numérica - EVN



O doente deve fazer a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a **0** corresponde a classificação **"Sem Dor"** e a **10** a Classificação **"Dor Máxima"** (Dor de intensidade máxima imaginável).

(DGS, 2003)

18

MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA

Regras na aplicação da escala de avaliação de Dor

- A intensidade da Dor é sempre a referida pelo doente;
- À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da Dor registada refere-se ao momento da sua colheita;
- A escala aplica-se a doentes conscientes e colaborantes;
- A escala utilizada para um determinado doente deve ser sempre a mesma;
- Deve ser utilizada uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente;
- O profissional de saúde deve assegurar que o doente compreende corretamente, o significado e utilização da escala utilizada.

(DGS, 2003)

19

MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA

Em doentes que não podem comunicar a European Society of intensive Care Medicine, recomenda a utilização:

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

(SPCI, 2011)

20

MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA

ESCALA MULTIDIMENSIONAL

Escala de Heteroavaliação

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)



Portuguesenursehourb.com

Avaliar a dor em doentes que não comunicam sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo, usando a observação de comportamentos como indicador, sendo este o único disponível.

(SPCI, 2011)

21

MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA

ESCALA MULTIDIMENSIONAL

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS) (Payen et al, 2001)

Score Mínimo: 3

Score Máximo: 12

**Score ≥ 4 – Intervenção
terapêutica**

Expressão Facial	
Relaxada	1
Ligeiramente contraída (p.ex.: sobrancelhas arqueadas)	2
Contração franca (p.ex.: pálpebras cerradas)	3
Fácies de Dor	4
Membros Superiores/Inferiores	
Sem movimento	1
Parcialmente flectidos e tensos	2
Rígidos com dedos crispados/fechados	3
Totalmente contraídos/rígidos	4
Adaptação Ventilatória	
Adaptado	1
Adaptado com acessos de tosse esporádicos	2
Desadaptação/bloqueio ventilatório frequente	3
Bloqueio ventilatório constante	4

22

MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA

Intervenções de Enfermagem na avaliação e controlo da Dor



- Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
- Acreditar sempre na pessoa que sente dor;
- Privilegiar o auto-relato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas;
- Avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e / ou de acordo com protocolos instituídos;

Guia Orientações OE, 2008

23

MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA

Intervenções de Enfermagem na avaliação e controlo da Dor

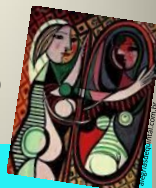


- Colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor, coerente com os objetivos da pessoa;
- Contribuir com dados relevantes sobre a individualidade da pessoa para a seleção mais adequada dos analgésicos e das vias de administração;

Guia Orientações OE, 2008

24

Intervenções de Enfermagem na avaliação e controlo da Dor



- Ajustar o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis;
- Conhecer as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais dos fármacos utilizados no controlo da dor e as interações medicamentosas;
- Prevenir e controlar os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica analgésica;

Guia Orientações OE, 2008

25

Intervenções de Enfermagem na avaliação e controlo da Dor



- Vigiar a segurança da terapêutica analgésica;
- Prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;
- Utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica;

Guia Orientações OE, 2008

26

Intervenções de Enfermagem na avaliação e controlo da Dor



- Registar a intensidade da dor no suporte de registo dos sinais vitais em uso pelos serviços;
- Registar sistematicamente as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico;

Guia Orientações OE, 2008

27



Considerações Finais

- Dor é uma experiência sensorial, multidimensional, única e pessoal;
- Deve-se reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
- A avaliação da dor é um direito dos doentes e um dever dos enfermeiros;
- Atualmente a monitorização da dor ainda não é devidamente valorizada;

28



Considerações Finais

- É fundamental a utilização de um instrumento válido e fiável, na avaliação da dor nos doentes críticos;
- A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos enfermeiros deve ser de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais;
- Adotar as recomendações do guia orientador de boa prática para a avaliação e gestão da dor na UCPA.

29

Referências

Bibliográficas

Manual de Dor Crónica - Fundação Grunenthal, Portugal, 2013

METZGER, Christiane et al. - **Cuidados de enfermagem e dor: Avaliação da dor, Modalidades de tratamento e psicologia do doente**. Camarate, 2002. 281p. ISBN 972-8383-32-0.

Monahan et al- "**Phipps, Enfermagem Médico-cirúrgica, Perspectivas de Saúde e Doença**", 8ª edição, Lusodidacta, 2010. 1Vol. p 275 a 338p. ISBN:978-989-8075-22-2

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dor: Guia orientador de boa prática**. Cadernos OE, Série I, Nº 1. Edição: Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Plano nacional de luta contra a dor**. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2001. 59 p. ISBN 972-9425-95-7.

30

MONITORIZAÇÃO E GESTÃO DA DOR NA UCPA

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003 – A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Direcção Geral de Saúde.


Urden, Linda D. [et al.] –Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção. 5ª Edição, Lisboa: Lusodidacta, 2006. p125-152. ISBN 978-989-8075-08-6

Eletrónicas

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR- Dor aguda e Cirurgia. [Em Linha].[Consultado a 12/01/13 às 3h]. Disponível em:
<http://www.apeddor.org/index.php?lop=conteudo&op=17e62166fc8586dfa4d1bc0e1742c08b&id=496e05e1aea0a9c4655800e8a7b9ea28&print=1#>

SOCIEDADE PORTUGUESA DOS CUIDADOS INTENSIVOS-Plano Nacional de Avaliação da Dor. [Em Linha].[Consultado a 20/03/13 às 20h]. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/.../PNAvaliação_dor.pdf

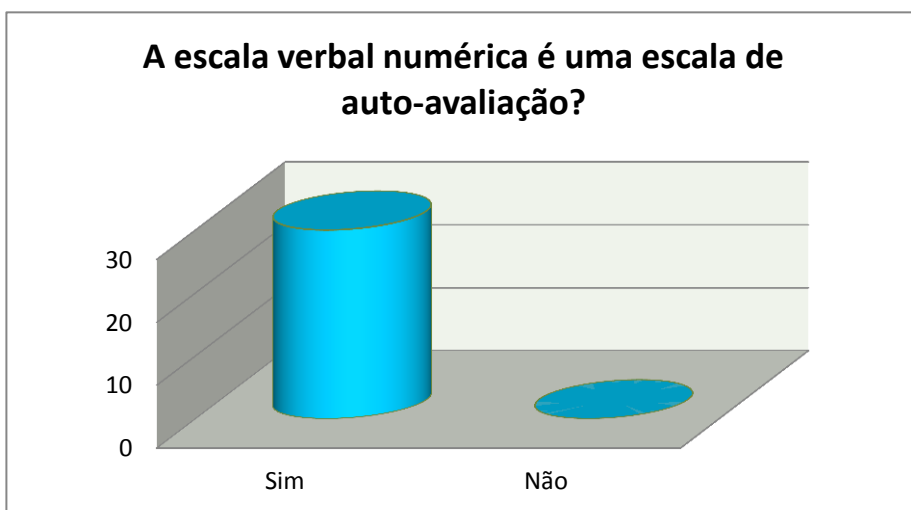
APÊNDICE X – Plano da Sessão

		PLANO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO <u>BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL</u>	
Tema: Monitorização e Gestão da Dor			
Formador(es)	Maria Esmeralda Vicente Pereira Barros	N.º mec.	
		N.º mec.	
		N.º mec.	
Destinatários: Enfermeiros do Bloco Operatório Central do <input type="text"/>			
Local: Sala de Pessoal do Bloco Operatório Central do <input type="text"/>			
Data: 24/09/13		Hora: 15h	Duração prevista: 1 hora
Objectivos			
<p>Apresentar o Projeto de Intervenção no Serviço no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico -cirúrgica (Estágio III), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.</p> <p>Melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem na dimensão da monitorização e gestão da dor na UCPA no Bloco Operatório de um Hospital do Sul do País</p>			
Conteúdos			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação da formação e dos objetivos -5 min ✓ Patogénese da dor -5 min ✓ Normas para avaliação e gestão da dor-10min ✓ Escalas de avaliação de dor protocoladas -5 min ✓ Cuidados de enfermagem na avaliação e controlo da dor-10 min ✓ Conclusão-5min 			
Metodologia e Recursos			
Metodologia: Expositivo/powerpoint			
Meios audiovisuais: computador/projector			
Avaliação da Sessão			
Será avaliada com duas perguntas orais que são: A escala verbal numérica é uma escala de auto-avaliação? Refira um dos cuidados de enfermagem a ter na avaliação e controlo da dor?			

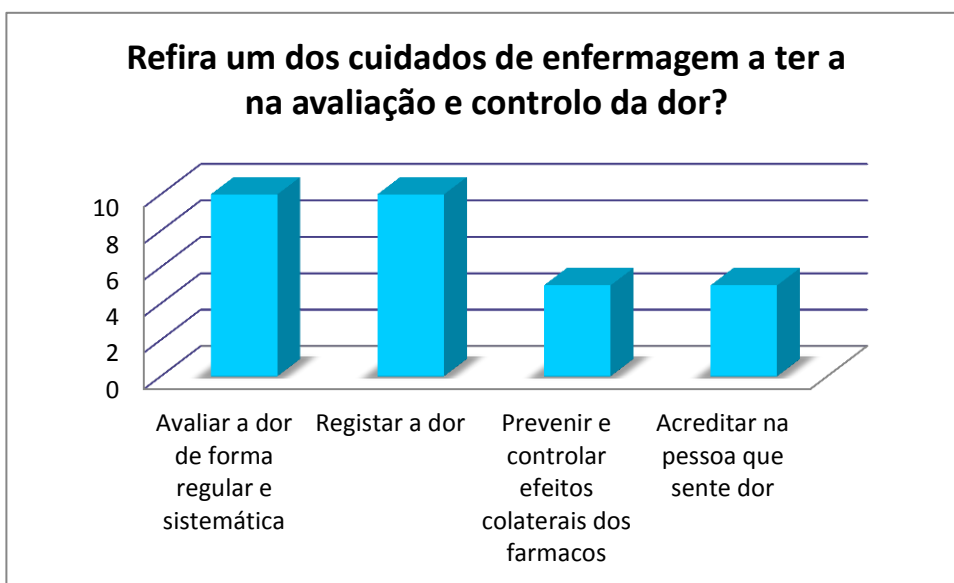
APÊNDICE XI – Avaliação da Sessão

Avaliação da sessão: **Monitorização e Gestão da Dor**

A sessão de formação foi assistida por 30 elementos da equipa de enfermagem de um universo de 38 elementos.



Todos os elementos que assistiram à formação, responderam que a escala verbal numérica é uma escala de autoavaliação, demonstrando ter conhecimento sobre o tema da sessão.



Os cuidados de enfermagem mencionados mais vezes foram avaliar a dor de forma regular e sistemática e registar a dor, ambos referidos por 10 elementos cada, prevenir e controlar efeitos colaterais dos fármacos foram mencionados por

5 elementos, bem como acreditar na pessoa que sente dor foi referido por mais 5 elementos da equipa de enfermagem.

Podemos concluir que das respostas dadas às perguntas colocadas oralmente o resultado foi muito satisfatório, demonstrando que a equipa mostrou interesse em reforçar os seus conhecimentos.

APÊNDICE XII-Caderno temático



Departamento de Enfermagem
2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica II

Caderno temático

DOR



Elaborado por:
Maria Esmeralda Barros,
n.º 110519024
Orientado por:
Profª Dra Alice Ruivo

Setúbal
Setembro2013

A elaboração de um caderno temático sobre a DOR, no serviço do Bloco Operatório e UCPA tem como finalidade dar a conhecer alguns documentos importantes realizados nesta área que permitam servir de apoio aos enfermeiros no seu contexto de trabalho reforçando a sua capacidade de decisão clínica nas respostas em cuidados de enfermagem aos clientes.

A consulta deste caderno poderá servir de suporte para o aprofundar de conhecimentos, o esclarecimento de dúvidas, permitindo-nos repensar a nossa prática clínica.

Como profissionais de saúde, estando conscientes de que é fundamental adotar medidas que permitam prevenir e controlar a dor dos clientes ao nosso cuidado, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. A avaliação da dor é um passo fundamental para o seu controlo, este envolve a sua prevenção e o tratamento.

Como sabemos a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”(DGS, 2008).

De acordo com os padrões de qualidade, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem estar e o autocuidado (OE, 2002).

O desenvolvimento de conhecimentos nesta área contribui para a reformulação de métodos e técnicas na abordagem da dor, introduzindo alterações na avaliação e controlo da dor nos contextos profissionais onde exercemos a nossa prática clínica, nomeadamente na aplicação de instrumentos de avaliação de dor, na utilização de medidas não farmacológicas, como técnicas de relaxamento e na adequação de medidas farmacológicas no combate à dor.

A dor pós-cirúrgica, nos nossos contextos de trabalho, é uma realidade problemática, com que nos confrontamos diariamente na nossa prática clínica, neste contexto, cientes da existência de algumas dificuldades na adequação dos instrumentos de avaliação da intensidade da dor, devemos procurar desenvolver as competências necessárias para proceder ao diagnóstico da dor que a pessoa percebe e assim decidir pelas intervenções mais adequadas.

A Direção Geral de Saúde em 2003 emitiu a circular normativa nº9 que preconiza a avaliação e registo sistemáticos da intensidade da dor como uma das boas práticas dos profissionais de saúde, instituindo a dor como o 5º sinal vital. O controlo da dor é assim um objetivo prioritário, pelo que devem ser feitos avanços na sua prevenção e tratamento. O seu controlo eficaz é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos clientes, contribuindo desta forma, para a humanização dos cuidados de saúde.

A monitorização e gestão da dor deve ser baseada no conhecimento das boas práticas que advêm da aplicação de linhas orientadoras na evidência científica disponível, permitindo aos enfermeiros uma abordagem adequada na prevenção e tratamento da dor.

Podemos encontrar neste caderno a circular normativa da DGS sobre a dor 5ª sinal vital, o plano nacional da dor de 2001 da DGS, o guia orientador de boa prática da Ordem dos Enfermeiros de 2008, o Plano Nacional de Avaliação da Dor da SPCI de 2011 e as recomendações do grupo de avaliação da dor da SPCI.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRAFICAS

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar: **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Edição da Ordem dos Enfermeiros, 2002. 18p.

ELECTRONICAS

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE- **A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor**. Circular Normativa nº9/2003/DGCG,14.06.2003. [Em Linha]. [Consultado a 10/06/2013 às 16h]. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE- **Programa Nacional de Controlo da Dor**. Circular Normativa nº11/DSCS/DPCD.18.06.2008.[Em Linha]. [Consultado a 10/06/2013 às 15h]. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

APÊNDICE XIII – Cronograma PAC

Cronograma PAC

Mês	Abril			Maio				Junho				Julho			Setembro		
Semana	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª
Pesquisa Bibliográfica sobre o Pós-operatório do doente crítico																	
Apresentação de formação sobre o doente crítico																	
Pesquisa Bibliográfica sobre a desinfeção do campo cirúrgico																	
Reunião com elo de ligação e responsável da CCIH																	
Apresentação do protótipo ao elo de ligação, orientadora e chefia																	
Apresentação do Poster sobre a desinfeção do campo cirúrgico																	
Pesquisa Bibliográfica sobre catástrofe																	
Entrevista com elos de ligação Sobre o Plano de emergência Interno e Plano de Evacuação do serviço;																	
Apresentação de protótipo de documento sobre o plano de evacuação do serviço ao elo de ligação, orientadora e chefia																	
Apresentação da Brochura sobre o plano de evacuação do serviço																	

APÊNDICE XIV – Formação Pós-Operatório do Doente Crítico

Pós-operatório do doente crítico

Esmeralda Barros

Junho 2013

Conteúdos programáticos

- Definição de Doente Crítico e Stresse Cirúrgico;
- Fases do Stresse Cirúrgico;
- Alterações fisiológicas do Doente Crítico
- Cuidados de enfermagem ao Doente Crítico no pós-operatório imediato.

1

2

Doente crítico

Define-se como aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos / sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica.

(SPCI, 1997)

3

Doente crítico (algumas considerações)

A doença crítica é uma condição clínica na qual a vida do doente se encontra em risco e tem de ser mantida através de intervenções terapêuticas invasivas.

O doente crítico não é apenas um doente “muito doente ligado ao ventilador”. Pode encaixar-se numa das seguintes categorias:

1 - Doentes admitidos para monitorização intensiva, em antecipação a possíveis intervenções mais agressivas.

(Marcelino, 2008)

4

Doente crítico (algumas considerações)

2 - Doentes que necessitam de cuidados de enfermagem constantes e específicos, que não poderiam ser prestados noutro local.

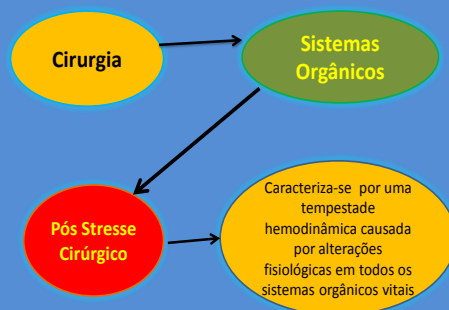
3 - Doentes que não necessitam necessariamente de suporte de funções vitais, mas requerem vigilância adequada para prevenção de disfunções de órgãos.

4 - Doentes que necessitam de cuidados pós-operatórios prolongados, devido a alterações fisiológicas acentuadas e para prevenção de complicações.

(Marcelino, 2008)

5

Pós-operatório do doente crítico



(Phipps, 2010)

6

Pós-operatório do doente crítico

Procedimento Cirúrgico → Resposta à lesão aguda

Alterações nos **Sistemas e órgãos** nas suas funções **Celulares e bioquímicas**

numa **Cirurgia Major** assumem um padrão previsível,

chamada de **“trajetória da resposta”**.

Esta **trajetória** torna-se clinicamente mais importante quando o **doente é de alto risco**.

(Phipps, 2010)

7

Pós-operatório do doente crítico

Doente alto risco – doente que tem condições pré existentes como o **trauma**, a **doença grave** ou a **idade avançada**, que limita marcadamente as suas reservas fisiológicas.

A lesão aguda ou procedimento cirúrgico provoca um conjunto característico de alterações fisiológicas e metabólicas bifásicas, descritas como **“resposta de stress”** ou **“resposta inflamatória”**.

(Phipps, 2010)

8

Pós-operatório do doente crítico

“A Resposta de Stress” ou “Resposta inflamatória” tem 2 fases:

- **ebb phase** (fase hipometabólica ou fase de choque) – período inicial, associado com a redução do fluxo sanguíneo periférico, hipotermia e diminuição global do gasto energético basal (REE - “Resting Energy Expenditure”)
- **flow phase** (fase hipermetabólica) – período subsequente, associado a um aumento do fluxo sanguíneo aos tecidos, febre e um aumento do gasto energético basal (REE)

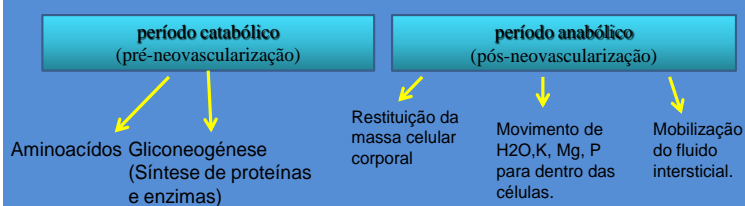
(Manual do Interno,2001)

9

Pós-operatório do doente crítico

Fase
Hipermetabólica
“Flow phase”

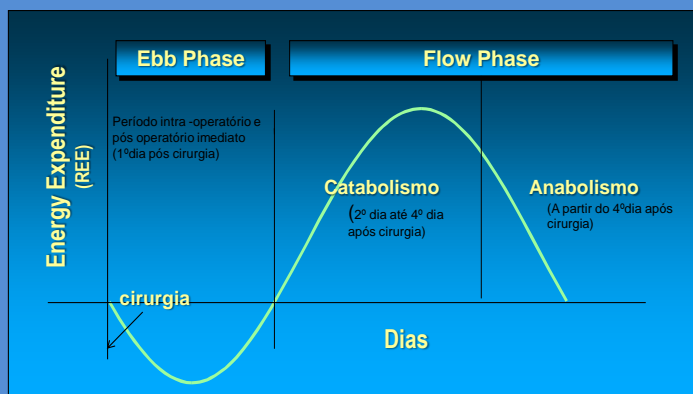
- Fornece a energia necessária para a reparação tecidular.
- Aumento do gasto energético, **hipermetabolismo**.



(Manual do Interno,2001)

10

Pós-operatório do doente crítico



(Manual do Interno,2001)

11

Pós-operatório do doente critico

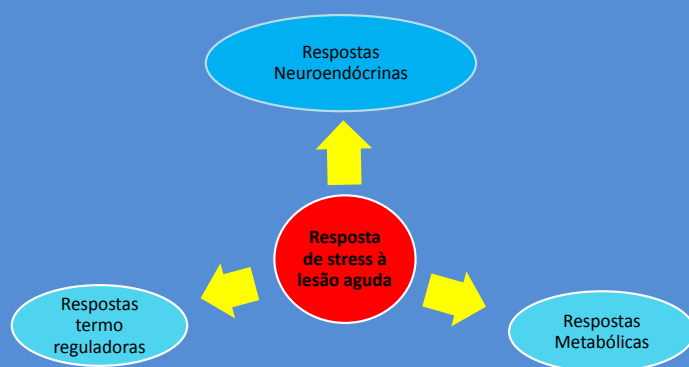
Parâmetros aumentados após Cirurgia Major com variação no tempo sobreponível à **"Trajectória da Resposta de Stress"**:

Sistema	Cardiovascular	Débito cardíaco Frequência cardíaca Resistências vasculares sistémicas
	Pulmonar	Ventilação minuto Produção de CO ₂ Trabalho respiratório
	Nutricional / Metabólico	Gasto energético basal (REE) Mediadores inflamatórios; Consumo de O ₂ Lipólise; Gliconeogénese
	Neuro-endócrino	Catecolaminas Corticosteróides Sistema renina-angiotensina-aldosterona

(Manual do Interno,2001)

12

Pós-operatório do doente critico



(Phipps,2010)

13

Pós-operatório do doente critico

Respostas Neuroendócrinas

- Vasoconstrição Periférica
- Aumento do débito cardíaco
- Retenção de sódio
- Diminuição da atividade gastro intestinal
- Gliconeogénese(formação de novo açúcar)
- Aumento do catabolismo proteico
- Efeito cetogénico
- Efeito anti-inflamatório
- Aumento da produção de plaquetas

(Phipps,2010)

14

Pós-operatório do doente crítico

Respostas Metabólicas

Aumenta o metabolismo causado pela diminuição de líquidos e nutrientes:

- metabolismo de hidratos de carbono
- metabolismo lipídico
- metabolismo proteico

(Phipps, 2010)

15

Pós-operatório do doente crítico

Respostas Termorreguladoras

Hipotermia

- Aumenta o consumo de oxigénio
- Aumento da carga cardíaca
- Hipoxia

(Phipps, 2010)



16

Pós-operatório do doente crítico

Cuidados de Enfermagem ao Doente Crítico no pós-operatório imediato:

Os cuidados de Enfermagem no período pós-operatório centram-se na manutenção da ventilação e circulação, na monitorização da oxigenação e nível de consciência, na prevenção do choque e no controlo da dor.

(Phipps, 2010)

A qualidade dos cuidados prestados no pós-operatório, refletem-se nos Registos de Enfermagem efetuados, permitindo assegurar a continuidade dos mesmos na enfermaria.

(AESOP, 2006)

17

Pós-operatório do doente critico

Cuidados de Enfermagem ao Doente Crítico no pós-operatório imediato:

Vigilância da função respiratória e cárdio-circulatória

- Monitorização de sinais vitais ;
- Permeabilidade da via aérea ;
- Vigilância da coloração da pele , mucosa;
- Monitorização da frequência e características da respiração.
- Vigilância de pensos e drenagens;
 - detecção de sinais de hemorragia para prevenir o choque hipovolémico.



(AESOP.2006)

Todo o doente cirúrgico necessita de aporte de O₂.
São frequentes episódios hipóxicos nos primeiros dias após cirurgia maior.

18

Pós-operatório do doente critico

Cuidados de Enfermagem ao Doente Crítico no pós-operatório imediato:

- Manutenção da temperatura corporal e prevenção da Hipotermia.
- Promoção do aquecimento activo até uma temperatura central superior a 36°;
- Administração de fluidos aquecidos;

(AESOP.2006)



19

Pós-operatório do doente critico

Cuidados de Enfermagem ao Doente Crítico no pós-operatório imediato:

Avaliação e Registo da dor

Analgesia e sedação

- Administração de terapêutica, prescrita;
- Promoção de posicionamentos de conforto;
- Administração de terapias complementares.



O doente critico cirúrgico tem muitos fatores precipitantes de agitação, dor e desconforto. Esta situação tem consequências a nível fisiológico e psicológico, induzindo resposta neuro-humoral ao stress.

O tratamento da dor tem papel importante especialmente na presença de complicações pulmonares pós-operatórias e na redução de exigências sobre o sistema cardiovascular.

(AESOP.2006)

Pós-operatório do doente crítico

Cuidados de Enfermagem ao Doente Crítico no pós-operatório imediato:

- Reconhecimento de sinais e sintomas de Hipovolémia ou Hipervolémia;
- Monitorização do débito urinário;
- Monitorização de fluidos;
- Balanço Hídrico;
- Transfusão de componentes e derivados do sangue;

Na manutenção da função renal e equilíbrio hidroelectrolítico é a administração de fluidos é essencial para repor perdas.

A oligúria no pós operatório representa primariamente uma resposta fisiológica à cirurgia (↑Hormona anti-diurética).

(Manual do Interno,2001)

21

Pós-operatório do doente crítico

CONCLUSÃO

O Pós-operatório é o período durante o qual se assiste á recuperação do doente, é um momento crítico para este, sendo importante uma observação cuidadosa e permanente.

A cirurgia afeta todos os sistemas orgânicos e estimula a resposta fisiológica ao stress originando o pós stress cirúrgico.

A resposta de stress ao procedimento cirúrgico corresponde ao período intra-operatório e pós-operatório imediato (1º dia após cirurgia), constituem a fase hipometabólica ou fase de choque "ebb Phase".

Os cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato centram-se na manutenção da ventilação e circulação, na prevenção do choque e no controlo da dor.

Os cuidados devem ser planeados para minimizar a incidência e a severidade de complicações.

22

Referências

Bibliográficas

AESOP – **Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática de Cuidados**. Loures: Lusodidacta, 2006. 356p. ISBN: 972-8930-16-X

Manual do Interno de Cuidados Intensivos. Serviço de Cuidados Intensivos, hospital de S. João, Medisa. Porto. Edição: Do Autor. 2001. 494p. ISBN:972-95711-1-2

Marcelino, Paulo – "**Manual de Ventilação Mecânica no Adulto – Abordagem ao Doente Crítico**". Lisboa: Lusociência, 2008. ISBN: 978-972-8930-42-2

Monahan et al– "**Phipps, Enfermagem Médico-cirúrgica, Perspectivas de Saúde e Doença**", 8ª edição, Lusodidacta, 2009. 1Vol. p 275 a 338p. ISBN:978-989-8075-22-2

Electrónicas

Nunes, Martins. Resposta neuroendócrina e metabólica ao stress.[em Linha] [consult a 20/05/2013 às 16h].
Disponível em :
<http://www.huc.min-saude.pt/anestesiologia/docs/rms.pdf>

23

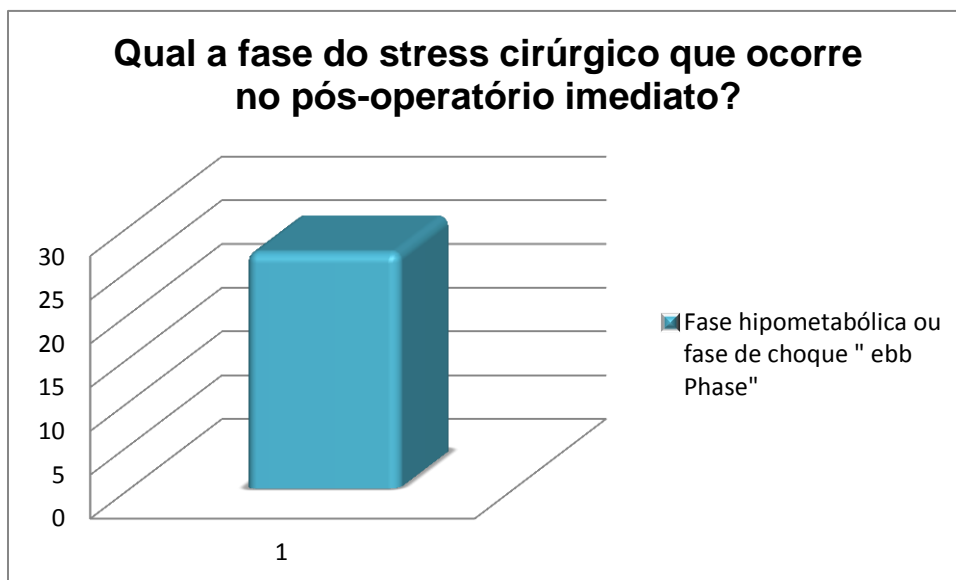
APÊNDICE XV – Plano da sessão

<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin: 10px;"></div>		PLANO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO <u>BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL</u>	
Tema: Pós-operatório do Doente Crítico			
Formador(es)	Maria Esmeralda Vicente Pereira Barros	N.º mec.	
		N.º mec.	
		N.º mec.	
Destinatários: Enfermeiros do Bloco Operatório Central do 			
Local: Sala de Pessoal do Bloco Operatório 			
Data: 18/06/13		Hora: 15h	Duração prevista: 1 hora
Objectivos			
<p>Sensibilizar a e equipa de enfermagem para a importância dos cuidados de enfermagem ao doente crítico no pós-operatório imediato na UCPA do Bloco Operatório Central do </p> <p></p>			
Conteúdos			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação da formação e dos objectivos -5 min ✓ Definição de Doente Crítico e stresse cirúrgico -5 min ✓ Fases do stresse cirúrgico-10min ✓ Alterações fisiológicas do doente crítico-5 min ✓ Cuidados de enfermagem ao doente crítico no pós-operatório imediato-10 min ✓ Conclusão-5min 			
Metodologia e Recursos			
Metodologia: Expositivo/powerpoint			
Meios audiovisuais: computador/projector			
Avaliação da Sessão			
<p>Será avaliada com duas perguntas orais que são: Qual a fase do stresse cirúrgico que ocorre no pós-operatório imediato? Refira um dos cuidados de enfermagem a ter no pós-operatório dos clientes críticos?</p>			

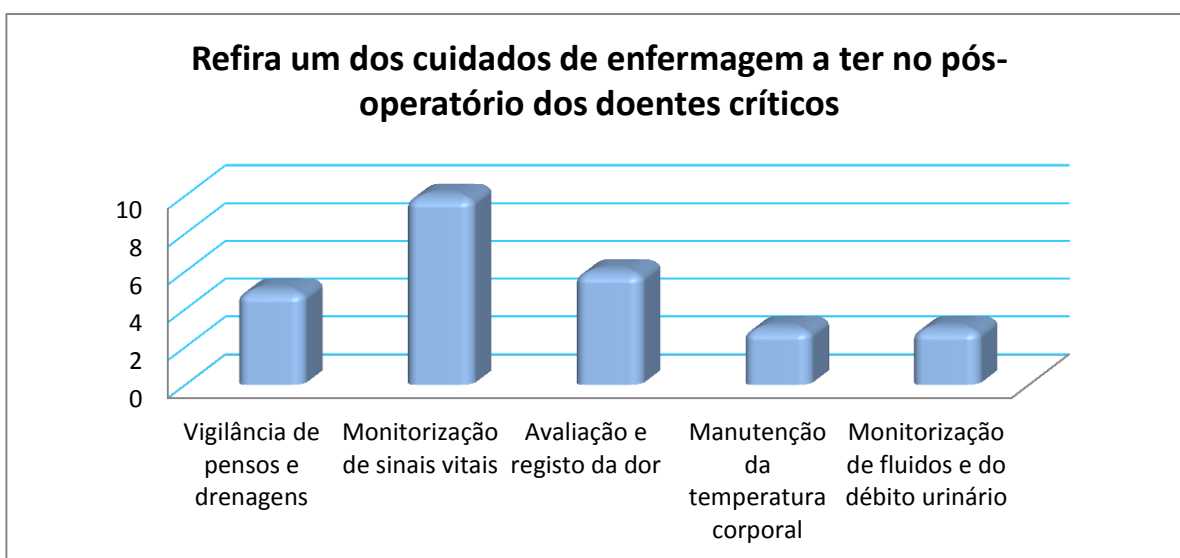
APÊNDICE XVI – Avaliação da sessão

Avaliação da sessão: **Pós-operatório do doente crítico**

A sessão de formação foi assistida por 27 elementos da equipa de enfermagem de um universo total de 38 elementos.



Todos os elementos que assistiram à formação, responderam que a fase de stress cirúrgico que ocorre no pós-operatório imediato é a fase hipometabólica ou fase de choque também designada de “ Ebb Phase”, demonstrando ter adquirido conhecimento sobre o tema da sessão. .



Os cuidados de enfermagem mais referidos foram a monitorização de sinais vitais, referidos por 10 elementos, a avaliação e registo da dor foi referida por 6 elementos, a vigilância de pensos e drenagens por 6 e a manutenção da

temperatura corporal e monitorização de fluidos e débito urinário foi referidas por 3 elementos cada.

Podemos concluir que das respostas dadas às perguntas colocadas oralmente o resultado foi muito satisfatório, demonstrando que a equipa mostrou interesse em reforçar os seus conhecimentos.

APÊNDICE XVII - Brochura



Elaborado por: Esmeralda Barros, Estudante do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem – Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Poli-técnico de Setúbal
Orientadores: Prof.^a Dra Alice Ruivo, ESS/IPS e Enfermeiro Responsável Luís Franco do

Bibliografia:

Plano de Segurança Interno do 2011

Apoio técnico: CERTITECNA-Engenheiros Consultores SA; Engº Luís Pinto - Responsável Segurança do EPE



PLANO DE EVACUAÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO



Novembro, 2013

QUANDO DETETADA A SITUAÇÃO SINISTRO

- Dar ordem imediata de evacuação da área afetada;
- Assegurar que se ligou para o 1117 – Nº de Emergência Interno; Central de Segurança;
- Interromper a atividade e dirigir-se para junto do Delegado de Segurança (elemento responsável pela segurança, engenheiro Luís Pinto), para iniciar preparativos para a eventual evacuação de serviço;
- Contatar o Diretor Clínico a Informá-lo da situação clínica dos clientes e da possibilidade da sua evacuação ou não;
- Desimpedir os caminhos de evacuação (que devem estar sempre livres);
- Abrir as portas e mantê-las abertas;
- Identificar os clientes que ainda não foram intervencionados e tenham condições de ser evacuados com apoio e qual o mais indicado e levar se possível processo clínico;
- Contatar os serviços: UCI, Hospital de Dia e Consultas Externas, para a receção e continuidade da prestação de cuidados aos clientes já intervencionados;
- Preparar apoio de transferência dos clientes intervencionados e reunir se possível o processo clínico;
- Contatar Cirurgia de Ambulatório para terminar os atos cirúrgicos nesse Serviço;
- Colaborar com os Elementos da Brigada de Primeira Intervenção do ☐
- Se necessário solicitar apoio de mais elementos, solicitar ao Delegado de Segurança;

QUANDO DECLARADA EVACUAÇÃO

- Realizar a evacuação do(s) cliente(s) que se encontrem em pleno ato cirúrgico, acompanhados se possível do processo clínico;

- Proceder à evacuação dos clientes que ainda não foram intervencionados, acompanhados se possível do processo clínico;
- Proceder à transferência dos clientes intervencionados acompanhados se possível do processo clínico;
- Proceder à evacuação dos funcionários do serviço;
- O Enfermeiro Chefe do Bloco/Chefe de Equipa deve ainda assegurar que não se encontra ninguém na área afetada e selar as áreas evacuadas com adesivo na porta.



NÃO PERMITIR

- Recolha de objetos pessoais;
- O regresso aos locais evacuados.

APÊNDICE XVIII - Poster

DESINFEÇÃO DO CAMPO OPERATÓRIO



Técnica de Desinfecção do campo operatório deve ser padronizada de acordo com as seguintes etapas:

- Aplicar o antisséptico com uma compressa estéril montada em pinça, utilizando luvas esterilizadas;
- Aplicar o antisséptico com movimentos circulares do local da incisão para a periferia;
- Respeitar o tempo de atuação do antisséptico;
- Evitar que o antisséptico esorra para os lados durante a sua aplicação.

A aplicação adequada do antisséptico reduz ao máximo o numero de microrganismos residentes da pele e impede a sua proliferação.

OBJETIVO

- Minimizar o risco de infecção operatória.



Referências Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS
Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados.
Loures: Lusodidacta, 2006. 356 p. ISBN 972-8930-16-X

Elaborado por: Esmeralda Barros, Estudante do 2.º Curso de Mestrado Enfermagem Médico-cirúrgica, Estágio III

Tratamento de Imagem: Enf. Mimoso, Enf. Sandra Oliveira, Enf. Patrícia Emídio, Enf. Carla Pimentel, Enf. Cláudia Limpo.

Orientadores: Prof.ª Dra Alice Ruivo, IPS-ESS e Enfermeiro Responsável Luis Franco do Bloco Operatório

APÊNDICE XIX – Artigo científico

Artigo do projeto de Intervenção em Serviço Monitorização e Gestão da Dor na UCPA

BARROS, Esmeralda¹; RUIVO, Alice²

RESUMO

O projeto de intervenção, foi realizado com recurso à aplicação da metodologia de projeto, pela identificação de um problema clínico em enfermagem médico-cirúrgica. A escolha da temática tem como finalidade melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem na dimensão da monitorização e gestão da dor numa unidade de cuidados pós-anestésicos, pela implementação de instrumentos de dor e por uma uniformização de procedimentos, de modo a que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas.

Para a sua consecução adequamos a norma de intervenção de enfermagem de avaliação da dor na UCPA, elaboramos um padrão de documentação de registo sistemático da dor, formamos a equipa relativamente à avaliação, gestão e registo da dor e por ultimo, elaboramos um caderno temático sobre a problemática em questão.

O projeto foi bem acolhido pelo enfermeiro responsável do serviço e equipa, tendo sido concretizadas todas as atividades delineadas para a sua implementação. A metodologia utilizada em contexto clínico contribuiu para o aperfeiçoamento das nossas competências profissionais, visando a prática baseada na evidência, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Projeto de intervenção, Monitorização e gestão da Dor, Melhoria da qualidade, Enfermagem médico-Cirúrgica, Metodologia de trabalho de Projeto.

ABSTRACT

The intervention project was conducted using the application of the design methodology for the identification of a clinical problem in medical-surgical nursing. The choice of theme aims to improve the delivery of nursing care in the size of the monitoring and management of pain in a unit of post-anesthetic care by implementing instruments of pain and a standardization of procedures, so that the presence of pain and its intensity are systematically valued diagnosed, assessed and recorded.

For their achievement tailor the intervention standard of nursing pain assessment in the PACU, we developed a standard for documentation of systematic recording of pain, we formed the team regarding assessment, management and registration of pain and finally, we developed a thematic dossier on the problem in question.

The project was well received by the nurse in charge of the service and staff, having been implemented all outlined for implementation activities. The methodology used in the clinical setting has contributed to improving our professional skills, aiming to evidence-based practice, contributing to improved quality of care.

Keywords: Project Intervention, Monitoring and Management of Pain, quality improvement, Medical-Surgical Nursing, Work Methodology Project .

¹ Mestrando do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESS-IPS e Enfermeira do CHA, contacto de email:esmebarros@sapo.pt;

² Professora Coordenadora da ESS/IPS e orientadora do projeto.

No âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, foi proposto a realização de um Projeto de Intervenção. A sua realização teve como base a metodologia de projeto, a qual tem como principal objetivo a análise e a resolução de um determinado problema mediante a consecução de varias etapas, nomeadamente: diagnóstico da situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados (FERRITO et al,2010). A aplicação desta metodologia de projeto em contexto profissional permite o aperfeiçoando das nossas competências profissionais visando a prática baseada na evidência, em que as tomadas de decisões são fundamentadas nas investigações mais recentes.

O projeto foi desenvolvido numa unidade de cuidados pós-anestésicos de um hospital do sul do país. A situação problema identificada na UCPA, revela por parte da equipa de enfermagem algum desconhecimento da existência de normas vigentes sobre a dor como 5º sinal vital, algum desconhecimento dos instrumentos de avaliação de dor e a inexistência de padrão de documentação de registo de dor. Pelo que definimos o nosso problema como a não sistematização e uniformização da avaliação e gestão da dor na UCPA.

No intuito de resolver o problema identificado, traçamos como objetivo geral o seguinte:

Melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem na dimensão da monitorização e gestão da dor na unidade de cuidados pós-anestésicos de um hospital do sul do país.

Este projeto tem como finalidade a monitorização e gestão da dor, permitindo assegurar a uniformização de procedimentos, acautelando as medidas de prevenção, controlo e alívio da dor, no contributo para a melhoria dos cuidados prestados na UCPA.

TEORIA DE ENFERMAGEM ADOTADA

A teoria de enfermagem é uma ferramenta que orienta o raciocínio para o pensamento crítico e para a tomada de decisões na profissão. A enfermagem como disciplina e como profissão aborda vários paradigmas ou modelos que orientam o enfermeiro na prática. A teoria sustenta o ensino, a investigação e a prática de enfermagem (ALLIGOOD e TOMEY, 2004).

Tendo em conta que a prática clínica deve estar alicerçada de um referencial teórico na procura da melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem a teoria que melhor se enquadra neste projeto de intervenção é a teoria de conforto de Kolcaba.

Esta teoria é relativamente recente tendo surgido nos anos noventa, define as necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto consequentes de cuidados de saúde causadores de tensão. As medidas de conforto são as intervenções de enfermagem desenvolvidas para satisfazer as necessidades de conforto específico das pessoas, que podem ser fisiológicas, sociais, financeiras, espirituais, ambientais e física. Segundo Kolcaba, o conforto é uma experiência imediata e holística que se caracteriza pela satisfação das suas necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, abrangendo o contexto físico,

psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Sendo o conforto um objetivo central para a enfermagem, o cuidado profissional proporcionado pelas intervenções denominadas medidas de conforto visam a satisfação das necessidades humanas básicas dos clientes (ALLIGOOD e TOMEY, 2004).

DOR PÓS-CIRÚRGICA

Todos nós já testemunhamos a dor dos outros e sentindo-nos solidários, procuramos compreender as suas causas, os seus mecanismos e os seus processos, tentando encontrar formas de atenuá-la ou mesmo eliminá-la.

Para cada pessoa a dor tem um significado próprio, é uma experiência individual influenciada por diversos fatores pessoais, culturais e sociais. Apesar de todas as pessoas já terem sido confrontadas com a dor, em algumas ocasiões, nem todas a sentem, a suportam, e se referem a ela da mesma forma. A universalidade deste fenómeno abrange, assim as múltiplas facetas das subjetividades individuais. A experiência dolorosa funciona como um mecanismo de defesa ou de alerta do organismo, representando um dos primeiros sintomas de doença, sempre associada a uma sensação desagradável que traduz uma lesão real ou potencial do organismo. (METZER, 2002).

A dor é definida pela Internacional Association for the Study of Pain como *"uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma*

lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão" (DGS, 2008: 6).

A dor é um sintoma que acompanha, a generalidade das situações de patologia, que exigem cuidados de saúde. O seu controlo eficaz é o nosso dever como profissionais de saúde, mas também um direito dos doentes, sendo um fator fundamental para a humanização dos cuidados de saúde.

Desta forma, a DGS ao instituir a dor como 5º sinal vital, preconiza que a presença de dor e a sua intensidade devem ser sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. *"A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feito de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente"* (DGS, 2003:1).

Para uma prestação de cuidados de qualidade é essencial caracterizar a experiência de dor, desenvolver estratégias de intervenção que permitam adotar medidas para prevenir, controlar a dor e verificar a eficácia das medidas de alívio implementadas com o objetivo de melhorar esses mesmos cuidados.

O Programa Nacional de Controlo da Dor emitido pela Direção de Saúde em 2008, mantém como premissa que o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade. Apresenta também como objetivo específico a diminuição da prevalência da dor aguda pós-operatória não controlada. A dor não controlada tem consequências imediatas e a

longo prazo, pelo que deve ser prevenida evitando complicações (DGS,2008).

Também a Ordem dos enfermeiros (2008), deu ênfase a esta temática, elaborando um guia de boas práticas tendo como foco a dor, revelando ser um instrumento fundamental para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Como enfermeiros de uma UCPA, sabemos que a dor aguda é um fenómeno real, após uma cirurgia, podendo ocorrer várias complicações caso a dor não seja aliviada, aumentando a resposta ao stress, enfraquecendo, assim o sistema imunitário e retardando a cicatrização (MONAHAN et al, 2010). Uma das principais prioridades numa unidade com estas características é proporcionar conforto ao cliente atenuando ou mesmo eliminando a sua dor, assim a utilização de escalas adequadas ao cliente é fundamental, quer se trate um cliente que verbaliza a sua dor ou de um cliente ventilado impossibilitado de comunicar verbalmente. Pretendemos assim, uniformizar procedimentos em relação a esta temática, de modo que a utilização de instrumentos de avaliação e controlo da dor seja uma prática aplicada por todos os elementos da equipa numa unidade de cuidados pós-anestésicos.

DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

A metodologia de projeto tem como finalidade a resolução de problemas permitindo desenvolver capacidades e competências pessoais pela realização e concretização de projetos numa situação real (FERRITO et al, 2010). A mesma autora refere que esta metodologia é baseada na

prática e sustentada pela investigação, visa identificar um problema real e implementar estratégias e intervenções para a sua resolução, salientando que esta metodologia é “...*promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência*” (FERRITO et al, 2010:2).

Diagnóstico de Situação

Esta fase inicia a primeira etapa metodologia de projeto visando a “elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar.” (BRISSOS,2004, in FERRITO et al, 2010:10).

A escolha da temática prende-se com a necessidade de dar cumprimento de todas as boas práticas, pela identificação e validação dos problemas encontrados.

A situação problema foi identificada na UCPA, em que se verifica da parte equipa de enfermagem algum desconhecimento da existência da norma em vigor instituída sobre a Dor como 5º Sinal Vital, em concordância com a Circular Normativa nº9 de 2003 da Direção Geral de Saúde, evidenciado uma menor sensibilização para o dever e o direito do controlo da dor, podendo colocar em risco o exercício de boas práticas e de procedimentos em conformidade, na garantia da qualidade dos cuidados prestados (DGS, 2003).

Neste sentido foi realizada uma análise das necessidades existentes no serviço, na procura de estratégias e ações, para solucionar o problema identificado. Como suporte à implementação do projeto, utilizamos como

ferramenta de diagnóstico a ANÁLISE SWOT, onde podemos constatar que a sistematização e uniformização da avaliação e gestão da dor na UCPA contribui para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, assim como para a promoção de estratégias de modo a prevenir complicações para o doente. Também a definição de indicadores de qualidade na atuação do enfermeiro da UCPA é considerada uma oportunidade na realização desta ferramenta. Porém, alguma resistência à mudança, a desmotivação da equipa, bem como algumas dificuldades na disponibilização da plataforma informática podem vir a ser prejudiciais na consecução dos objetivos.

Foi também aplicado um questionário fechado, a uma amostra de 36 enfermeiros, onde procuramos conhecer a sua opinião acerca das suas práticas na avaliação e controlo da dor nesta unidade e eventuais sugestões sobre o tema. A análise dos resultados do questionário, revelou que apesar dos enfermeiros referirem ter conhecimento sobre o conteúdo das normas vigentes e sobre a temática da dor a maioria não demonstra aplicar os instrumentos de avaliação da intensidade da dor. Também a quase totalidade dos enfermeiros revela a necessidade de formação nesta área no intuito de melhorarem as suas práticas nesta unidade.

Objetivos do Projeto

OBJETIVO GERAL: Melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem na dimensão da monitorização e gestão da dor na unidade de cuidados pós-anestésicos de um hospital do sul do país.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1- Adequar a norma de intervenção de enfermagem de avaliação da dor na UCPA;
- 2- Elaborar padrão de documentação de registo sistemático da dor;
- 3- Formar a equipa relativamente à avaliação, gestão e registo da dor;
- 4- Elaborar caderno temático sobre a problemática em questão.

PLANEAMENTO DO PROJETO

Esta etapa tem por base os objetivos delineados, permitindo definir as linhas de ação, identificar recursos, identificar possíveis obstáculos e constrangimentos e calendarizar as tarefas (FERRITO et al,2010).

Execução e Avaliação

Nesta fase para cada um dos quatro objetivos específicos são delineadas as atividades executadas, quais os recursos humanos e materiais utilizados, bem como os indicadores de avaliação.

1ºObjetivo específico: *Adequar a norma de intervenção de enfermagem de avaliação da dor na UCPA.*

Para a sua concretização desenvolvemos as atividades: Pesquisas bibliográficas em bases de dados eletrónicas, entre elas destacam-se a Pubmed, Medline e B-on e sites eletrónicos como a OE e a DGS onde foram consultadas a norma da dor como 5º sinal vital entre outras que envolvem esta temática.

A norma da UCPA já existente foi adequada à avaliação da dor na UCPA, apesar de fazer referencia às intervenções de enfermagem na avaliação, prevenção e tratamento da dor não

indicava quais as escalas a utilizar, pelo que foi criado um anexo com a indicação da escala verbal numérica para ser utilizada em doentes comunicativos, a qual se encontra protocolada na instituição. Nesse mesmo anexo foi colocada a escala BPS para ser utilizada em doentes que não comunicam, sedados e ventilados, sendo esta a escala utilizada na unidade de cuidados intensivos desta unidade hospitalar. Uma vez que estes doentes quando se encontram na UCPA aguardam vaga para a UCI, a utilização da mesma escala permite assim, garantir a continuidade dos cuidados na avaliação e controlo da dor.

Após a revisão da norma, foram recolhidas sugestões da equipa, da chefia, da professora e feitas as alterações necessárias. Posteriormente procedemos à sua divulgação por mail aos enfermeiros do serviço.

Como indicadores de avaliação apresentamos a norma atualizada.

2º Objetivo específico: – *Elaborar padrão de documentação de registo sistemático da dor.*

Para a sua concretização desenvolvemos as atividades: Pesquisa bibliográfica sobre instrumentos de registo em documentos de outros serviços e de outras instituições.

Surgiram algumas alterações as atividades planeadas na medida em que não se justificou a elaboração de um documento de registo para os doentes comunicativos, porque durante a realização deste projeto foi introduzido um novo programa informático que já contempla o registo da escala visual numérica. No entanto não permite o registo da avaliação da dor dos doentes

que não comunicam sedados e ventilados, pelo que foi elaborado um instrumento de registo para a escala BPS, que foi introduzida na folha de registos existente em papel na UCPA para os registos de enfermagem dos doentes de cuidados intermédios e intensivos. Tendo sido feita a sua divulgação após a recolha de sugestões, alterações e aprovação por parte da equipa, professora e chefia.

Como indicadores de avaliação foram a apresentação do documento final e a sua aprovação por parte da equipa, professora e chefia.

3º Objetivo específico:– *Formar e treinar a equipa relativamente à avaliação, gestão e registo da dor.*

Para a sua concretização desenvolvemos as atividades: Pesquisa bibliográfica sobre instrumentos de avaliação de dor; execução de plano de sessão de formação; preparação da apresentação da formação em suporte informático; divulgação da sessão de formação. Realização da sessão sobre a avaliação, gestão e registo da dor.

Os indicadores de avaliação foram a apresentação do instrumento de avaliação de dor, a apresentação do plano da sessão e a avaliação da mesma.

4º Objetivo específico:– *Elaborar caderno temático sobre a problemática em questão.*

Para a sua concretização desenvolvemos as atividades: Pesquisa bibliográfica sobre o tema da dor; elaboração de caderno temático, apresentação de caderno temático ao orientador;

recolha de sugestões e posterior divulgação através de mail do serviço à equipa.

Os indicadores de avaliação foram a apresentação de um caderno temático sobre a dor.

CONCLUSÃO

A conceção do PIS, contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a implementação de um ambiente terapêutico e seguro, iniciado com a formulação do diagnóstico da situação, e posteriormente com o seu planeamento, focando as atividades previstas, baseadas nos objetivos propostos, visando a resolução de um problema de enfermagem identificado.

A metodologia de projeto utilizada para a elaboração deste projeto, baseada na prática e sustentada na investigação, permitiu-nos desenvolver competências nesta área, com a utilização de instrumentos de colheita de dados e tratamento dos mesmos.

Pensamos ter contribuído com a realização deste projeto para a formação dos pares, dinamizando a equipa, incentivando a sua participação, para uma mudança de atitudes e comportamento, melhorando o seu desenvolvimento profissional e fundamentalmente garantindo uma uniformização e sistematização de procedimentos, dando cumprimento às medidas de monitorização e gestão da dor.

A promoção de boas práticas na prestação de cuidados ao cliente com dor, desenvolvida em todo este processo, permite desenvolver uma relação terapêutica respeitando as capacidades do cliente, ajudando-o a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde.

Também de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, procuramos neste projeto nortear a nossa prática clínica pelos enunciados descritivos propostos, principalmente a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem estar e autocuidado e a organização dos cuidados, que se enquadram na finalidade deste projeto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLIGOOD, M.; TOMEY, M.- **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem**.5ª ed. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2004. 766p. ISBN 978-972-838-374-9

APOSTOLO, João L. A. – **O Conforto nas Teorias de Enfermagem** – Análise do conceito e significados teóricos – Artigo de revisão, **Revista Referência**. Coimbra II, nº 9, (2009), p. 61 a 67

FERRITO, Cândida et al – **Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva De Etapas**. Percursos: Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Nº 15 (Janeiro - Março). 2010. 37p. ISSN: 1646-5067
METZER,C. et al- Cuidados de Enfermagem e Dor. Loures: Lusociência, 2002. ISBN:972-8383-32-0. p.159-169

MONAHAN et al – **“Phipps, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Perspectivas de Saúde e Doença”, 8ª edição**, Lusodidacta, 2010. 1Vol. p 275 a 338p. ISBN:978-989-8075-22-2

REFERENCIAS ELETRÓNICAS

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE- **A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor**. Circular Normativa nº9/2003/DGCG,14.06.2003. [Em

Linha]. [Consultado a 10/01/2014 às 16h]. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE- **Programa Nacional de Controlo da Dor**. Circular Normativa nº11/DSCS/DPCD.18.06.2008.[Em Linha]. [Consultado a 10/01/2014 às 15h]. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Guia Orientador de Boa Prática**. 2008. [Em Linha]. [Consult. em Out. 2013 às 14h].Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>